

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

118

Année 1908

THÈSE

N.° —

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 décembre 1908, à 1 heure

Par **Michel VINAVER**

Né à Varsovie (Pologne) le 26 février 1873

Lauréat de la Faculté de médecine de Varsovie (médaille d'or)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PNEUMOTYPHOÏDE CHEZ LES ENFANTS

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : MM. PRENANT et RIBEMONT-DESSAIGNES, professeurs.
RÉMY, agrégé.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 décembre 1908, à 1 heure

Par **Michel VINAVER**

Né à Varsovie (Pologne) le 26 février 1873

Lauréat de la Faculté de médecine de Varsovie (médaille d'or)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PNEUMOTYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. PRENANT et RIBEMONT-DESSAIGNES, professeurs.
RÉMY, agrégé.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N ^o .
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	G. BALLET
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	N ^o .
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARGEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

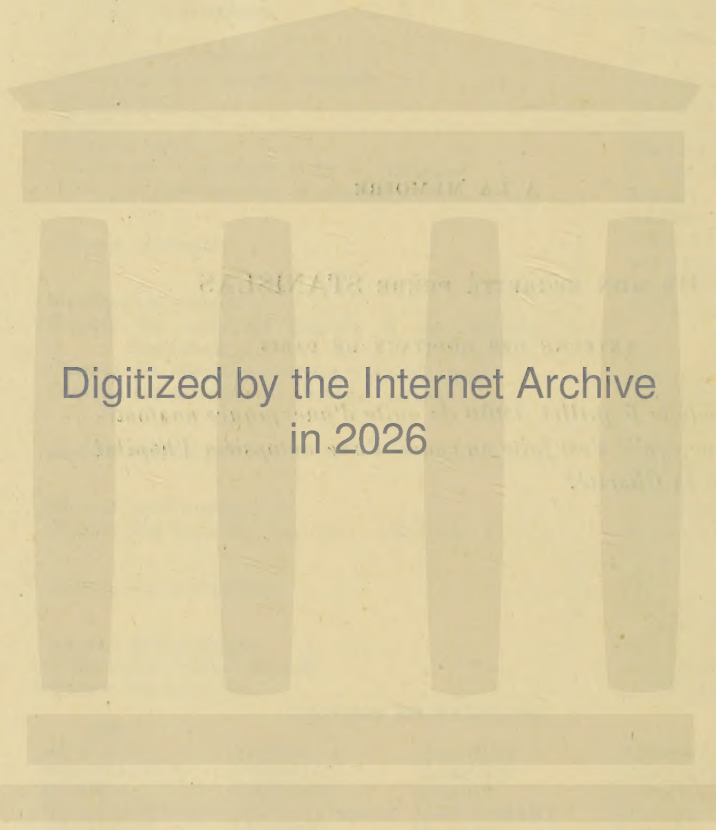
Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON REGRETTÉ FRÈRE STANISLAS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Décédé le 6 juillet 1900 de suite d'une piqûre anatomique, qu'il s'est faite au cours d'une autopsie à l'hôpital de la Charité.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

Il est d'usage dans certaines facultés étrangères que le candidat, en présentant sa thèse de doctorat, la fasse accompagner d'une courte note biographique. En France cela ne se pratique pas avec juste raison. En effet, quel intérêt général peut porter l'histoire d'une vie, qui vient à peine d'être commencée. Cependant nous nous permettons d'en donner quelques explications. Il y a dix ans, nous avons présenté à une faculté de médecine étrangère, dont nous avons l'honneur d'être docteur, un travail intitulé : « Étude comparative de la valeur thérapeutique de l'eau minérale de Borjôme (Caucase) et des alcalis dans les différentes affections du tube digestif » (en russe). La faculté de médecine de Varsovie nous a décerné pour ce travail une médaille d'or et a ait publier l'ouvrage aux frais de l'Université.

Depuis, des circonstances graves sont venues à maintes reprises nous déranger dans nos études médicales et nous ont obligé de nous contenter d'une petite thèse qui n'aurait sûrement pas satisfait nos rêves et ambitions d'antan.

En livrant aujourd'hui notre modeste travail au public, nous avons des craintes sérieuses et des préoccupations bien compréhensibles, quel accueil trouvera notre thèse auprès de nos juges ? Notre maître, M. le professeur NOBÉCOURT, en nous proposant le sujet de thèse, nous a prévenu que probablement nous ne trouverons rien dans la littérature médicale concernant la question de pneumotyphus chez les enfants et que nous serions, peut-être, obligé d'abandonner le sujet, faute de n'avoir trouvé assez de documents pour en faire une thèse.

En réalité nous avons commencé notre thèse à nos risques et périls, n'ayant au début à notre disposition qu'une seule observation, très intéressante, il est vrai, pour un article d'un périodique médical, mais insuffisante pour en bâtir une thèse, qui doit représenter le minimum de 32 pages. Ce n'était pas l'œuvre facile à mener à bonne fin, surtout pour nous. Combien de fois nous avons consulté des ouvrages volumineux sans pouvoir tirer le plus minime profit pour notre question. Aussi prions-nous instamment nos maîtres bienveillants de nous pardonner les maintes lacunes qu'ils trouveront pour sûr dans notre thèse. Nous avons toujours été animé d'un vif et sincère désir de produire un travail à peu près satisfaisant et de donner une contribution utile à l'étude de la pneumotyphoïde chez les enfants.

C'est à nos maîtres de le juger. Mais connaissant leur bienveillance et indulgence pour les élèves nous espérons qu'ils voudront bien répéter avec nous : *Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas.* »

Pendant nos études médicales à la Faculté de Paris

nous avons contracté maintes dettes de reconnaissance envers nos maîtres, et tout particulièrement nous exprimons notre gratitude à MM. les professeurs QUÉNU, BLANCHARD et RIEFFEL qui ont bien voulu nous ouvrir leurs laboratoires et qui nous ont constamment porté leur bienveillant intérêt.

M. le professeur HUTINEL m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, qu'il veuille bien recevoir l'expression de ma vive reconnaissance.

Mon maître, M. le professeur NOBÉCOURT, a eu l'extrême obligeance de bien vouloir nous donner cet intéressant sujet de thèse. Nous aurons l'occasion de le remercier au cours de notre travail et nous le prions de croire à notre dévouement et attachement.

Paris, le 30 novembre 1908.

J'aimerais mieux un médecin qui ignorerait toutes choses, mais qui saurait la seméiotique, qu'un médecin qui, sachant toutes choses, l'ignorerait.

BOERHAAVE.

Les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde ou, plutôt, l'association de la pneumonie lobaire et de la fièvre typhoïde ont depuis longtemps excité la curiosité des observateurs et attiré l'attention des médecins. Le pneumotypus ou la pneumotyphoïde, connu depuis un demi-siècle, a fait l'objet de nombreux travaux et, malgré de vives et multiples discussions dans la presse médicale et dans les sociétés savantes en France et à l'étranger, la question est loin d'être résolue.

Avant d'entrer dans le vif du sujet même de la thèse — la pneumotyphoïde chez les enfants — il ne serait pas, peut-être, inutile de passer en revue, aussi brièvement et aussi généralement que possible, l'historique de la pneumotyphoïde en général.

Le premier exemple de la pneumotyphoïde doit, sans contredit, être recherché dans Chomel (1).

Il s'agit d'un malade qui, au cinquième jour d'un état de malaise général mal caractérisé, présentait les signes d'une pneumonie ; au douzième jour les symptômes typhiques s'accusaient ; la mort survint le dix-neuvième jour. A l'autopsie on trouva le lobe inférieur du poumon gauche complètement hépatisé et sur quelques points passant à la suppuration. Dans l'iléon une douzaine de plaques faisaient saillie et une seule, la plus rapprochée du cæcum, offrait un commencement d'ulcération. Chomel conclut à une pneumonie compliquée secondairement de fièvre typhoïde.

Grisolle (2) a bien admis l'existence d'une pneumonie typhoïde qui doit être distinguée de la pneumonie compliquant la fièvre typhoïde ; mais il n'est pas possible de tirer de ses déclarations embarrassées une idée suffisamment nette de ce départ, qu'il n'a pas maintenu dans son *Traité de pathologie interne*.

En 1842 Gibbes (3) a décrit une épidémie particulière de fièvre typhoïde dans laquelle il aurait rencontré, paraît-il, des cas nombreux de pneumonie typhoïde.

Hirsch (4) en 1853 relate une épidémie de dothiènement qui sévissait à Danzig et où sur 849 typhiques il y avait 66 pneumonies typhiques.

Au point de vue anatomo-pathologique Rokitansky (5) a donné en 1842 une très bonne étude de pneumotyphoïde ; il considérait la pneumonie typhique comme une localisation primitive du poison typhique, analogue aux lésions des plaques de Peyer et des follicules solitaires. Mais comme cela arrive quelquefois en médecine, on a oublié ses doctrines et c'est à Dietl (6) que nous devons la

première bonne description clinique de cette maladie ; c'est encore à lui qu'il appartient l'honneur d'avoir introduit en médecine l'expression de pneumotyphus. Voilà ce qu'il dit : « Il est des fièvres typhoïdes qui, dès les premiers jours, du troisième au cinquième, se présentent sous l'aspect de pneumonies dans lesquelles les phénomènes intestinaux et cutanés sont insignifiants ou nuls, comme si le processus intestinal se portait, en tout ou en partie, sur le poumon. Ces phénomènes attaquent les lobes inférieurs, l'hépatisation est étendue, les signes physiques sont aussi nets que possible. Ce sont les vrais pneumotyphus, dans le sens clinique du mot et ce sont ceux qui ont été décrits anciennement sous le nom de pneumonies nerveuses et, de nos jours, sous celui de pneumonie typhique. Le diagnostic en est souvent difficile, quelquefois même impossible. « Dans quelques cas on voit apparaître un léger exanthème, en même temps que la pneumonie ; d'autres fois l'exanthème ne survient qu'après. Enfin dans quelques cas il y a absence complète d'exanthème et le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie, et cela pas toujours. »

Je n'ai pas pu me soustraire au désir d'apporter cette longue citation. C'est tellement net, c'est tellement cliniquement juste, qu'en lisant son article on oublie qu'il a été écrit il y a cinquante-trois ans.

Trousseau (7) et avec lui les auteurs français ont bien connu le typhus à forme thoracique, mais il s'agissait des cas de fièvre typhoïde à bronchite prédominante, exclusive de toute complication pneumonique.

Kremer (8) admet une forme primitive et une forme secondaire de pneumotyphus, suivant que les symptômes pulmonaires précèdent ou suivent l'apparition des phénomènes intestinaux.

Griesinger (9), après de longues hésitations, s'est rallié à l'existence du pneumotyphus, comme une déviation anormale de la maladie générale à son début, pourvu toutefois qu'on ne méconnût pas la dépendance étroite et spécifique, qui lie ces cas à la fièvre typhoïde ordinaire. De tels cas surviendraient souvent dans certaines épidémies.

En 1875 Gerhard (10) a fait paraître un mémoire sur une épidémie de pneumotyphus. La maladie commençait par une pneumonie franche, lobaire, mais au lieu d'une terminaison critique normale de l'affection pulmonaire on voyait se développer une fièvre typhoïde très bénigne d'ailleurs. Tous ses malades ont fini par guérir. Le caractère typhique de cette affection, dit l'auteur, est hors de doute : l'augmentation de la rate, la roséole (c'est-à-dire les taches rosées), la diarrhée et le météorisme caractéristique ne manquaient jamais et, pourtant, ce sont des symptômes qui suffisent largement pour poser un diagnostic de fièvre typhoïde.

Par une coïncidence vraiment fâcheuse, les malades de Gerhard appartenaient presque tous ($\frac{4}{6}$ sur 6) au jeune âge et il conclut que le jeune âge constituait une prédisposition spéciale à la pneumotyphoïde, — opinion qu'on rencontre bien souvent encore dans les livres classiques les plus récents, mais à laquelle les faits cliniques et l'insuffisance d'observation paraissent don-

ner un démenti formel. Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur cette question, quand nous traiterons de la pneumotyphoïde spécialement chez les enfants.

Sous l'influence des travaux précédents et, plus particulièrement, de ceux de Diell et Gerhardt on commence à s'intéresser davantage aux complications pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde et quoique l'expression de pneumotyphus n'ait pas encore obtenu droit de cité, nous voyons déjà paraître de temps à autre des thèses et articles sur ce sujet.

Vers 1877 Potain (11) dans une leçon clinique signalait certaines pneumonies initiales, qui débutaient et évoluaient à la façon d'une inflammation franche et primitive et qui marquaient cependant l'invasion de la dothiéntérie. Dans le cours de la première semaine, pendant que les symptômes propres à la pneumonie lobaire s'amendaient, apparaissaient ou se montraient successivement les signes classiques de la fièvre typhoïde : hypertrophie de la rate, taches rosées, douleurs dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, — signes qui, pour cette époque, étaient parfaitement suffisants pour poser le diagnostic clinique de la fièvre typhoïde.

Parmi les thèses, parues vers 1878 et ayant pour sujet les complications pulmonaires de la dothiéntérie, nous ne mentionnerons que celles de Guillermet (12) et de Castex (13).

Guillermet inspiré par M. Jaccoud a fait une étude assez approfondie de ces complications; il a rassemblé vingt-neuf observations de cas de complications pul-

monaires des plus rares de la fièvre typhoïde et il est arrivé aux conclusions suivantes :

La pneumonie véritable est rare au cours de la fièvre typhoïde ; le plus souvent il s'agit des fausses pneumonies lobaires. Si l'on observe une pneumonie vraie avec hépatisation, c'est après le quatorzième jour de la maladie et dans la convalescence. La pneumonie primitive dans la fièvre typhoïde est une affection rare et il est souvent difficile de démontrer l'antériorité de la fièvre typhoïde.

Castex est arrivé presque aux mêmes conclusions, à savoir, que la pneumonie n'est qu'une simple complication de la fièvre typhoïde et est plutôt pseudolobaire que lobaire.

Mais c'est à M. Lépine de Lyon qu'appartient l'honneur d'avoir vulgarisé en France les notions sur le pneumotypus et c'est grâce à ses critiques, ses travaux et son enseignement qu'il a réussi à donner à cette maladie la place qu'elle occupe dans la science médicale. Si ses conceptions ne sont pas toujours justes au point de vue clinique, si ses observations des cas de pneumotyphoïde, publiées en 1878 et 1882, peuvent prêter à quelques objections quant au diagnostic, son mérite est néanmoins incontestable. L'histoire de la pneumotyphoïde en France est étroitement liée avec le nom de M. Lépine de Lyon, et nous nous arrêterons un peu plus longuement sur lui. Nous verrons avec quelle ardeur il poursuivait son œuvre. Cela n'était pourtant pas une tâche facile.

En Allemagne même, où le pneumotypus est né et

a grandi sous le haut patronage de Dietl, Rokitansky, Gerhardt, etc., son acceptation comme maladie nouvelle et étrange a aussi trouvé de la résistance et des adversaires autorisés.

Liebermeister (14) ne croyait pas trop à son existence. On voit qu'il le décrit, mais il ne le fait pas par conviction. Voilà ce qu'il dit: « Lorsque la pneumonie lobaire survient tout à fait au début de la fièvre typhoïde, il est quelquefois difficile de distinguer, si l'on a affaire à une pneumonie idiopathique ou si la pneumonie est secondaire et l'on se trouve alors devant un typhus abdominal. Ces cas forment une partie de ceux que l'on a décrits sous le nom de pneumotyphus. Mais le plus souvent on a donné ce nom à des pneumonies idiopathiques, asthéniques, accompagnées des phénomènes typhiques mais qui n'ont rien à faire avec le typhus abdominal et qui ne donnent point de difficulté de diagnostic à un observateur exact. »

Encore plus catégorique se montre Aufrecht (15). Pour lui le pneumotyphus n'est qu'une variété de la pneumonie lobaire. Il distingue deux formes de pneumonie : une typique et une autre atypique à laquelle il attache aussi « le pneumotyphus des anciens médecins. »

En 1878 M. Lépine (16) a fait paraître sur la pneumotyphoïde son premier article dans lequel il rapporte une observation d'un garçon de 15 ans atteint de cette maladie. Nous la retrouverons parmi les observations (XI) et nous dirons plus loin ce que nous pensons de ce cas. Mais pour M. Lépine, à cette époque, il s'agissait bien d'une pneumo-typhoïde dans le sens clinique du

mot correspondant aux descriptions classiques de Gerhardt « car soit que la pneumonie ait été initiale, soit qu'elle ne se soit faite qu'à la fin du premier septenaire, elle a été autant que l'on peut en juger une détermination typhique. Or, ce sont précisément ces deux caractères, qui constituent la pneumotypoïde. »

M. Lépine revient souvent sur cette question, et chaque fois, quand l'occasion se présente, il parle de cette maladie ou soulève des discussions sur ce sujet. En 1881 dans son article « Pneumonie » dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique* il donne la définition de la pneumotypoïde qui est devenue, pour ainsi dire, classique : « C'est une pneumonie, d'ailleurs rare, qui marque le début de la fièvre typhoïde et dont les symptômes dépassent le plus souvent en intensité les symptômes gastro-intestinaux ; si bien que la détermination principale de la fièvre typhoïde semble se faire d'emblée sur le poumon plutôt que sur le tube digestif. »

Cette conception de la pneumotypoïde a soulevé beaucoup d'objections et de discussions.

En 1881 Galissard de Marignac (17) dans sa thèse inaugurale est arrivé à des conclusions diamétralement opposées de celles de M. Lépine. Il repousse même le nom de pneumotypoïde, proposée par Lépine, en disant que ce nom prêterait à l'équivoque. Pour lui, la fièvre typhoïde peut présenter à n'importe quelle période de son évolution une pneumonie à forme lobaire ; cette pneumonie lobaire présente, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique, tous les caractères

res de la pneumonie lobaire aiguë et primitive. Survenant tout à fait au début de la dothiéntérie elle peut être facilement confondue avec la pneumonie à forme typhoïde. En somme, Galissard ne voit aucune raison d'en faire une maladie nouvelle, puisqu'il s'agit d'une complication banale, quoique rare, de la fièvre typhoïde classique ; et alors le nom pneumotyphoïde doit disparaître.

Cadet de Gassicourt (18) est du même avis. Il ne comprend pas par quel moyen on peut distinguer la pneumonie « complication » de la pneumonie « localisation » c'est-à-dire la pneumotyphoïde de la pneumonie lobaire survenant au début de la fièvre typhoïde. » Si j'ai jamais vu », dit-il, « des pneumotyphoïdes, à coup sûr je les ai méconnues, et je me demande encore à quels signes on les peut distinguer. »

Malgré ces objections, M. Lépine ne cesse pas de professer ces doctrines et dans une critique il dit : « Il importe d'établir comme un fait classique incontestable non seulement, que la fièvre typhoïde peut d'emblée se localiser sur le poumon, mais encore que cette localisation insolite peut rester prédominante et commander la marche de la maladie. Dans ces cas la fièvre typhoïde n'évolue pas en trois septenaires, comme la dothiéntérie classique, mais en huit ou neuf jours, comme une pneumonie franche et ses symptômes, sauf quelques-uns, notamment la diarrhée qui, comme on sait, n'existe presque jamais dans la pneumonie commune, sont ceux de cette maladie. »

Mais pour que ce soit un fait incontestable, il lui man-

quait des preuves nécropsiques, la pneumotyphoïde étant par excellence une affection bénigne se terminait toujours par la guérison.

Enfin en 1882 M. Lépine a observé un nouveau cas de pneumotyphoïde chez un garçon de 15 ans (obs. XV), succombé le trentième jour de la maladie. Il a adressé ce cas à la Société médicale de Paris, accompagné de la lettre suivante. Étant donné son importance, nous la produisons textuellement : « En soumettant l'observation suivante à la Société médicale des hôpitaux, j'exprime le vœu qu'elle soit l'occasion d'une discussion sur la nature des pneumonies qui surviennent au début de la fièvre typhoïde. Un de nos collègues (1), dans l'excellent ouvrage qu'il vient de faire paraître, exprime l'opinion qu'elles sont toujours une complication accidentelle de la dothiéntérie. J'incline au contraire à croire que dans le plus grand nombre des cas elles sont une localisation précoce de la maladie typhique. S'il en est réellement ainsi, elles méritent un nom particulier ; on a déjà proposé celui de pneumotyphoïde. La désignation de fièvre typhoïde pneumonique, à la fois plus correcte et plus claire, serait sans doute acceptée, si la Société médicale des hôpitaux lui accorde son haut patronage. En tout cas le nom de pneumonie typhique doit être absolument rejeté puisqu'il a servi, comme on sait, à désigner des pneumonies adynamiques, n'ayant quant à leur nature rien de commun avec la dothiéntérie. »

Répondant particulièrement à Cadet de Gassicourt i

1. CADET DE GASSICOURT (aut.).

dit : « De ce qu'il y a des cas où la pneumonie ne peut être distinguée de la bronchopneumonie (MM. Cadet de Gassicourt et Balzer ne l'ignorent point), s'ensuit-il que les deux maladies soient identiques ? »

Un cas pareil, mais chez un adulte, a été rapporté par Lannois de Lyon (19). L'autopsie, dans ce cas de pneumotypoïde, a pleinement démontré l'origine typhique de cette affection. Même les lésions intestinales ont été plus prononcées que dans le cas précédent.

Et petit à petit la pneumotypoïde entre dans la nosologie médicale.

Dreyfus-Brissac (20) a déjà reconnu en 1881 que l'existence des pneumotypoïdes, c'est-à-dire des fièvres typhoïdes débutant par une pneumonie franche lobaire, ne peut plus être révoquée en doute. Il professe pourtant que les complications pulmonaires des maladies générales fébriles appartiennent à la classe de bronchopneumonie et que la fièvre typhoïde n'échappe pas à cette règle générale. « On peut considérer », dit-il, « comme un fait exceptionnel la production à une des périodes de cette pyrexie d'une pneumonie lobaire ayant tous les caractères anatomiques de la pneumonie fibrineuse franche. »

Homolle (21) dans son premier article sur la fièvre typhoïde admet déjà la possibilité d'existence des cas de pneumotypoïde et dans son étude remarquable sur la dothiéntérie paru dans le Dictionnaire Jaccoud il caractérise cette variété de la fièvre typhoïde de la façon suivante : Franches dans leur début, régulières dans leur cours, nettement manifestées par tous leurs symptômes

remarquables quelquefois par l'intensité des accidents cérébraux, elles ne diffèrent tout d'abord en rien des pneumonies primitives à formes typhoïdes. Plus tard seulement, à la fin de la première semaine et lorsque les accidents pulmonaires commencent à s'amender, les signes de la dothiéntérie (tuméfaction de la rate, taches rosées, douleurs iliaques), se montrent successivement. »

En résumé, après les travaux de M. Lépine et grâce à ces travaux la plupart des auteurs contemporains admettent définitivement l'existence de la pneumotyphoïde ; cependant de temps à autre on rencontre des voix dans la presse médicale qui s'efforcent de nouveau de reprendre les anciennes discussions et de battre en brèche cette nouvelle doctrine, à peine acceptée.

Girard (22) dit, dans sa thèse inaugurale, qu'il n'y a pas lieu d'en faire une affection spéciale sous le nom de pneumotyphoïde, que les symptômes classiques de la pneumonie sont moins marqués, que, en somme, il s'agit dans ces cas d'une simple complication de la fièvre typhoïde sans importance, parce que la gravité de la fièvre typhoïde ne paraît même pas être accrue par cette affection du début.

Wagner (23) en 1884, en passant en revue l'histoire du pneumotyphus, conclut, que cette histoire lui a paru tellement embrouillée (*verwirrt*) qu'il ne lui était pas possible de se faire une opinion exacte sur le caractère de cette maladie. Pour lui il y aurait trois variétés de pneumotyphus :

1° Le pneumotyphus initial, c'est-à-dire des cas où la fièvre typhoïde est précédée par une pneumonie lobaire ;

2° Des cas où la pneumonie ne survient qu'au cours de la dothiéntérie, à la période d'état et de déclin ;

3° Le pneumotyphus tardif, c'est-à-dire des cas où la convalescence se complique d'une pneumonie lobaire.

Eggert (24) dit, dans sa thèse inspirée par Strümpell, qu'il ne faut réserver le nom de pneumotyphus que pour les cas où dès le début de la dothiéntérie à bacille d'Éberth, avec ou sans symptômes intestinaux, existe une pneumonie franche lobaire. Et en définitive il conclut que, pour avoir la possibilité de trancher cette question de pneumotyphus, pour le moment (1888) irrésolue, il faudrait pouvoir trouver le bacille d'Éberth dans les crachats ou dans le poumon à l'autopsie.

Le professeur Damaschino (25) dans une leçon clinique publiée en 1888 parlant de pneumotypoïde s'exprime ainsi : « Si nous examinons une à une les observations rares d'ailleurs de pneumotypoïde, nous verrons qu'elles sont toutes très discutables... Si nous refusons à considérer ces faits, comme des pneumotypoïdes, ce n'est pas que nous voulions rejeter absolument cette forme de pneumonie ; elle peut exister et quelques faits récents semblent favorables à cette manière de voir, sans toutefois que la preuve ait été faite d'une façon irréfutable. En réalité, les faits de pneumotypoïde, jusqu'à présent peu nombreux, sont loin d'être démonstratifs. » Et l'éminent professeur conclut à la possibilité de la pneumotypoïde, mais pour lui son existence réelle n'est pas encore suffisamment démontrée.

Nous ne pourrions que mentionner les travaux de Hoffmann (26), Koranyi (27), Longuet (28), Boutfen (29),

Vogel (30), Lehman (31), Ritter (32), etc. A propos de ce dernier nous pensons qu'il ne s'agissait probablement pas d'une épidémie de pneumotyphoïde comme le prétendait l'auteur. Il a décrit notamment une épidémie de 7 cas, qui apparurent simultanément dans la même maison où l'on a fait l'élevage d'oiseaux exotiques. Et, en effet, à l'autopsie de ces cas on n'a pas trouvé de lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Si les descriptions magistrales de Dietl, Gerhardt, Griesinger, Potain, Lépine et d'autres ont fixé, petit à petit, d'une façon exacte la symptomatologie de la pneumotyphoïde, la pathogénie et l'étiologie en sont demeurées obscures, imprécises, et font encore aujourd'hui l'objet de vives discussions.

Pour les premiers auteurs — Dietl, Gerhardt (1), Griesinger, Lépine, Potain — le processus morbide localisé au poumon est bien dû à l'infection générale; la pneumonie lobaire est bien la localisation précoce et insolite du poison typhique, il s'agit bien des fièvres typhoïdes pneumoniques. Après la découverte du bacille de la fièvre typhoïde en 1880 par Éberth, les auteurs lui ont attribué la pathogénie des symptômes pulmonaires de cette affection, sans toutefois pouvoir fournir des preuves bactériologiques à l'appui de leur opinion, les autopsies ayant été rares.

1. Sous l'influence des découvertes bactériologiques Gerhardt (34) a bientôt changé son opinion primitive. Dans un article paru en 1885 sur le pneumotypus il émet très prudemment une opinion un peu différente de sa manière de voir primitive, en disant que, probablement, dans ces cas il s'agit d'une infection associée (*mischinfection*).

Dreyfus-Brissac (33) protestait contre cette manière de voir. « Évidemment », dit-il, « on est allé trop vite en besogne, quand on l'a rapporté au virus typhique pour faire de ces pneumonies typhoïdes des typhus larvés. Mais cette parenté clinique et étiologique n'autorise en aucune façon à admettre que le poison typhique puisse agir exclusivement sur le poumon, en respectant les intestins et le moment n'est pas encore venu de raviver l'histoire classique de la dothiéntérie, pour en étendre ainsi le domaine. La jeune doctrine des maladies infectieuses rencontre encore trop d'obstacles sur sa route pour qu'il y ait bénéfice à lui donner une formule si radicale, à tenter des généralisations au moins prématurées sur des arguments d'ordre exclusivement théorique. » Cela a été dit en 1881 et Cadet de Gassicourt six ans plus tard, dans la deuxième édition de son *Traité clinique* (1887), ne trouva rien de mieux que de partager cette opinion en la citant textuellement.

Mais la « jeune doctrine » faisait du progrès marchant à pas de géant et étendait sa haute main sur le domaine des maladies infectieuses ; la pneumotyphoïde n'était pas oubliée et a servi de sujet aux recherches bactériologiques nombreuses et fréquentes.

Si la bactériologie a bien démontré que dans les cas de pneumotyphoïde il s'agissait d'une infection typhique, que la maladie générale était due au bacille d'Eberth, elle restait absolument désarmée pour résoudre la question de la pathogénie de l'affection pulmonaire même. Même la découverte ultérieure du séro-diagnostic de Widal, grâce auquel la clinique a trouvé un moyen sûr,

facile et à la portée de tous les médecins de vérifier et confirmer un diagnostic de dothiéntérie posé au lit du malade, dans les cas les plus difficiles, les plus douteux, cette même découverte, disons-nous, n'a nullement avancé la question litigieuse.

Polguière(1)(35) a été le premier qui, ait à l'autopsie trouvé le pneumocoque dans un poumon hépatisé d'un malade, qui succomba le quatorzième jour d'une fièvre typhoïde relativement bénigne avec pneumonie lobaire comme complication de la maladie principale. Pour lui la pneumonie lobaire, qu'elle soit initiale ou tardive, au cours de la dothiéntérie, est toujours une infection secondaire provoquée par le pneumocoque. « Au cours d'une dothiéntérie », dit-il textuellement, « d'apparence bénigne, apparaît subitement une pneumonie à pneumocoque ; dès l'apparition de cette deuxième infection, la face de la maladie change, la pneumonie, absorbe en quelque sorte la scène et emporte le malade au bout de quelques jours. » L'examen bactériologique démontra dans ce cas la présence de pneumocoques dans le poumon hépatisé. »

A la même époque Chantemesse et Widal (36), Foa et Bordoni Uffenduzzi (37), Aristoumoff (38), etc., ont trouvé à l'autopsie le bacille d'Éberth dans le poumon en culture et en préparation sur les frottis.

Baumgartner (39) supposait que dans le cas de Foa

1. Les Allemands, en citant cet auteur, l'appellent bien souvent, on ne sait pas pourquoi, Polynère, mais, chose étrange, dans un manuel de pathologie interne classique bien français, on le cite sous le nom de Pologne !

et Uffenduzzi les pneumocoques étant moins résistants ont, peut-être, disparu après avoir provoqué l'infection pulmonaire et que les bacilles d'Éberth ont pris leur place dans les poumons après la disparition des vrais agents pathogènes de l'affection pulmonaire.

Karlinsky (40) est du même avis, mais s'exprime plus catégoriquement : « De ce que les cocci de Fraenkel-Weichselbaum ont été trouvés dans les pneumonie évoluant rapidement et mortelles, tandis qu'au contraire les autres bactéries pathogènes se rencontrent dans des cas où la mort arrive après une longue durée de la maladie, nous regardons comme une hypothèse assez vraisemblable que les pneumocoques, qui ont une existence éphémère, sont délogés par les microbes plus résistants de la suppuration ou de la fièvre typhoïde. »

Svehla de Prague (41) a trouvé à l'autopsie le pneumocoque dans les coupes histologiques du poumon hépatisé d'un garçon de 4 ans qui avait succombé le quinzième jour d'une fièvre typhoïde compliquée de la diphtérie et de la pneumonie.

Curschmann (42) pratique plusieurs fois des ponctions exploratrices des poumons dans les cas de pneumotypus et trouve toujours le diplocoque de Talamon-Fraenkel.

Dernièrement MM. Ribadeau, Dumas et Blanc (43) ont rapporté à la Société de Pédiatrie (1907), un cas de pneumonie à pneumocoque survenue au cours d'une dothiéntérie chez un enfant. Le diagnostic a été vérifié par l'examen bactériologique du léger exsudat retiré

par une ponction exploratrice de la plèvre et du poumon.

Dans un cas de pneumotypoïde du Dr Bensis d'Athènes (44), rapporté à la Société médicale des Hôpitaux (1906) par M. Achard, l'auteur a trouvé le pneumocoque qui ne put être obtenu en culture par ensemencement du foyer, mais les coupes montrèrent dans les alvéoles, en même temps que le bacille d'Éberth, de nombreux diplocoques encapsulés. Cette constatation a paru à M. Bensis suffisamment démonstrative pour le dispenser de recourir à l'inoculation à la souris.

On pourrait trouver dans la littérature médicale encore quelques observations analogues [Thiébaux (45), Hadot (46)], mais nous nous arrêtons sur ces faits relatés pour ne pas allonger inutilement l'historique.

M. Chantemesse (47), s'appuyant sur son expérience personnelle, dit que la pneumotypoïde n'est le plus souvent qu'une pneumonie ordinaire évoluant sur un terrain qui a subi l'invasion typhique. Dans tous les cas de pneumonie typhique il trouvait des pneumocoques et si on rencontre quelquefois en même temps le bacille d'Éberth, « il y fait de la congestion, de la spénisation, non de la pneumonie fibrineuse ordinaire. » Même dans les cas où l'on trouvait dans les poumons hépatisés des typhiques atteints de pneumonie, les cultures du bacille d'Éberth, l'inoculation simultanée d'une parcelle de poumon à une souris l'a toujours fait périr d'infection pneumococcique.

Netter (48) est du même avis. La pneumotypoïde, dit-il, a été considérée par certains auteurs comme une

maladie résultant de la localisation première du bacille d'Éberth sur le poumon, mais les travaux récents ne permettent pas cette interprétation. Dans la pneumotyphoïde il y a une pneumonie à pneumocoques ; ceux-ci ont déterminé une infection nouvelle, infection qui peut, on le conçoit, précéder, accompagner ou suivre l'infection par le bacille d'Éberth.

Cependant il y a certains faits cliniques qui paraissent plaider en faveur de l'opinion des anciens auteurs qui, avec M. Lépine, Potain, Griesinger, etc., font du bacille d'Éberth le seul agent pathogène de la pneumonie typhique. Ces faits, comme nous allons voir dans un instant, sont assez nombreux,

Bruhl (49) le premier publia une observation de pneumotyphoïde, dans laquelle la ponction du poumon donna des bacilles d'Éberth à l'état de pureté, en même temps que le séro-diagnostic affirmait la nature éberthienne de l'infection générale. Cette constatation lui paraît suffisamment concluante pour affirmer que le bacille d'Éberth lui seul peut déterminer dans le poumon des accidents simulant la pneumonie ; ces pneumopathies typhiques spécifiques, affirme-t-il, reconnaissant comme unique agent pathogène le microbe de la fièvre typhoïde, peuvent revêtir des types cliniques multiples, jusqu'à en imposer pour une pneumonie, voire même pour la tuberculose.

Presque en même temps M. Castaigne (50) a observé un cas analogue où l'examen bactériologique pratiqué dans les mêmes conditions a donné le même résultat. Il s'agissait alors et dans son cas d'une pneumotyphoïde

très nette au point de vue clinique, due au bacille d'Éberth et non au pneumocoque. M. Tollemer dans un cas de pneumonie lobaire survenue chez un enfant convalescent de la fièvre typhoïde a trouvé dans le crachat le bacille typhique. Les recherches des pneumocoques sont restées négatives ; les souris inoculées avec le crachat n'ont pas succombé à la septicémie pneumococcique et leur sang ne contenait pas de pneumocoques.

Les observations de même genre ont été rapportées récemment en Allemagne.

Valentoni (50^a) a trouvé des bacilles d'Éberth dans un empyème chez un typhique.

Gläser (51) a fait connaître à la Société médicale de Berlin (1903) les résultats de ses recherches sur la pathogénie des pneumonies lobaires des typhiques. Dans trois cas examinés par lui il trouva le bacille d'Éberth.

Lévy (52) en 1904 examinant les crachats d'un malade atteint de pneumotyphus y a vu les bacilles d'Éberth en état de pureté.

Rau (52^a) a aussi constaté la présence du bacille d'Éberth dans les crachats d'un malade atteint de pneumotyphoïde.

Pour concilier ces deux opinions diamétralement opposées Fraenkel (53^a) admet que dans la pneumotyphoïde il y a une association de micro-organismes : du bacille d'Éberth et du diplocoque de Talamon-Fraenkel ; le premier prépare le terrain en provoquant une congestion pulmonaire, mais c'est le pneumocoque qui est le seul agent de l'affection spécifique de la pneumonie lobaire franche, fibrineuse.

Busquet (53) a repris cette question. Il a fait des examens bactériologiques du sang des malades atteints de pneumotyphoïde et trouvait presque constamment dans le sang simultanément le bacille d'Éberth et le pneumocoque; il en conclut à l'association de ces deux agents pathogènes. Mais en raison des affinités bien connues du pneumocoque pour le poumon et aussi par ce fait que les crachats cultivés sur bouillon phéniqué ou plaques d'Elsner n'ont pas donné du bacille d'Éberth, il croit pouvoir dire que le processus pneumopathique est causé uniquement par le pneumocoque.

Se basant sur ces considérations théoriques il divise tous les cas de pneumotyphoïde en deux groupes :

1° Les cas dans lesquels l'infection pneumococcique serait la première en date : elle pourrait en détruisant les résistances de l'organisme l'exposer à l'invasion secondaire par le bacille d'Éberth.

2° Dans d'autres circonstances on a affaire à de la typhopneumococcie, c'est-à-dire à des fièvres typhoïdes qui se compliquent d'infection secondaire pneumococcique à localisation pulmonaire.

Pour M. Dieulafoy (54^a) la pneumonie lobaire apparaît à différentes époques de la dothiéntérie ; la pneumotyphoïde est une forme de fièvre typhoïde dans laquelle la pneumonie lobaire se montre au début de l'infection éberthienne. Ces complications sont préparées et quelques-unes (congestion, splénisation) sont réalisées par le bacille typhique, mais la pneumonie est le résultat d'une infection parallèle ou associée due au pneumocoque.

Deux mots encore sur le pronostic de la pneumoty-

phoïde. Les anciens auteurs prétendaient que la bénignité est un signe caractéristique de cette maladie et les observations ultérieures ont plutôt confirmé cette opinion. Quant aux pneumonies tardives compliquant la période d'état et de convalescence de la dothiéntérie, elles jouissent de la réputation d'être très graves et souvent mortelles.

En résumé, la nature comme l'étude clinique des pneumonies lobaires survenues au cours de la fièvre typhoïde et plus particulièrement la pneumonie initiale ou pneumotypoïde ont prêté à de nombreuses controverses. En conservant le nom de pneumotypoïde pour les pneumonies initiales lobaires typhiques il est évident que la pneumonie du début, de la période d'état ou de la convalescence, est toujours la même affection.

Cependant la pneumotypoïde se présente sous une forme tellement caractéristique, avec une symptomatologie propre à elle, son diagnostic est parfois, surtout au début, tellement difficile, qu'à juste titre on a l'habitude de la décrire comme une affection spéciale.

Quant à la pathogénie de cette maladie nous ne pouvons que répéter ce que dit M. Achard (54) dans son rapport à la Société médicale des Hôpitaux en 1906 : « Pour certains auteurs le bacille d'Éberth est par lui seul capable de produire l'hépatisation lobaire ; la pneumonie est ainsi la première manifestation de l'infection éberthienne. Pour d'autres cette pneumonie initiale n'est pas une pneumopathie éberthienne, mais une lésion pneumococcique et le bacille d'Éberth ne prend part à son développement qu'au titre d'associé. Il ne suffit pas,

en effet, comme le remarque M. Chantemesse, que ce bacille se trouve dans le poumon pour qu'on soit en droit de lui attribuer l'hépatisation. Il faut encore vérifier par l'inoculation à la souris si le pneumocoque ne s'y trouve pas en même temps. »

Dans le chapitre précédent nous avons vu que les pédiatres n'ont presque pas apporté leur obole à l'étude de la pneumotyphoïde. La pédiatrie ne fournit aucun article, aucune monographie dans laquelle on trouverait les renseignements les plus sommaires sur cette forme morbide chez l'enfant. Si dans la littérature médicale générale on trouve quelquefois rassemblées une dizaine d'observations de pneumotyphoïde dans le même ouvrage, nous ne remarquons rien de pareil dans la littérature spéciale pédiatrique. Et pourtant Gerhardt et plus tard (55) Parrot prétendaient que le jeune âge présente une prédisposition toute particulière pour la pneumotyphoïde. « Je suis assez disposé à penser », écrit Parrot en 1883, « d'après mon expérience personnelle, que cette pneumonie typhoïde, comme on l'appelle et dont M. le professeur Lépine a récemment fait connaître un exemple, est plus commune dans l'enfance qu'à l'âge adulte. » Cependant ce clinicien remarquable n'a jamais publié aucune observation de ce genre.

Chauveau (56), dans sa thèse inaugurale inspirée par le Dr Josias, insiste sur cette question négligée par les pédiatres, mais, malheureusement, l'auteur confond évi-

demment la pneumonie lobaire avec la bronchopneumonie. Parlant des complications pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants il dit : « L'une de ces complications constitue pour le clinicien un sérieux écueil que nous nous étonnons à bon droit de n'avoir trouvé mentionné chez aucun pédiatre. » Notre maître, le Dr Josias, insiste tout particulièrement sur la gravité de pronostic qu'elle impose. Cette complication n'est autre que la bronchopneumonie. Elle peut se montrer quelquefois dans la période du début et dans la convalescence. Elle n'est probablement pas imputable au seul virus typhique, mais aux agents secondaires et habituels comme le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque. »

Évidemment il parle de la pneumonie lobaire et de la pneumotyphoïde ; d'ailleurs par sa thèse, on voit que le service du Dr Josias était un de ces rares services hospitaliers où l'on s'intéressât à la question de pneumotyphoïde chez les enfants. Autrement on ne comprendrait vraiment pas ce qu'aurait voulu dire l'auteur, car presque tous les médecins d'enfant, comme nous allons voir dans un instant, et même les plus anciens connaissaient bien la bronchopneumonie et sa gravité au cours de la fièvre typhoïde chez les petits malades. Si M. Chauveau l'ignorait, il est impossible d'admettre que son maître M. le Dr Josias ne le sache.

Et en vérité dans les classiques on ne trouve rien concernant la pneumotyphoïde chez les enfants, sinon des notions très vagues, d'ordre général, bien souvent diamétralement opposées.

Les anciens pédiatres parlent souvent de la fièvre typhoïde à forme thoracique caractérisée par l'accélération de la respiration, dyspnée et cyanose, des râles humides et fins de la base du poumon et de la toux ; toutes ces lésions doivent être considérées comme le résultat de l'hypostase et de la paralysie vaso-motrice et non comme la conséquence d'une phlegmasie des organes respiratoires. Ils ont bien connu et souvent décrit la bronchopneumonie, et cette complication a toujours compté parmi les plus graves de la dothiéntérie. « Mes recherches antérieures », écrit Cadet de Gassicourt (57) à propos de la fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, « m'ont prouvé depuis longtemps que les enfants succombent presque toujours à la bronchopneumonie ».

Le premier cas de pneumotyphoïde chez les enfants a été décrit par Friedrich (58) en 1856 ; il s'agissait d'un enfant de 6 ans qui étant pris brusquement d'un malaise général avec de la diarrhée, des vomissements, de l'abattement et de la céphalée. Au bout de deux jours apparut une pneumonie droite ; au cinquième jour de la maladie les signes de la pneumonie s'effacèrent devant ceux d'une fièvre typhoïde grave qui guérit en sept semaines.

Roger (59) a observé un cas semblable. Son petit malade, atteint d'une pneumonie lobaire en voie de résolution, est pris d'une fièvre typhoïde tout d'un coup, « étant encore chaud de la chaleur de cette phlegmasie puisque la veille il avait encore 39°7. » Mais Roger a été tellement frappé par la succession étrange et exceptionnelle de deux maladies qu'il s'est vu obligé de four-

nir à propos de ce cas l'explication suivante : « Il est tout à fait exceptionnel de voir une fièvre typhoïde succéder à une maladie aiguë et assez commun de confondre, momentanément du moins, une pneumonie à forme typhique avec une dothiëntérie ; on serait tenté de soupçonner ici quelque erreur, mais les symptômes caractéristiques (souffle bronchique d'une part, taches lenticulaires de l'autre) et la marche de ces symptômes, ne laissèrent aucun doute sur la succession de deux maladies (1). »

Archambeault (60) a rencontré surtout la forme pectorale de fièvre typhoïde, qui était plus accusée chez les enfants qu'elle ne l'était aux autres âges. Selon lui, l'enfant est prédisposé aux bronchites et bronchopneumonie qui peuvent s'ajouter à la fièvre typhoïde, mais il ne connaît pas de cas de pneumonie lobaire compliquant la dothiëntérie infantile ; du moins il ne la mentionne pas dans son article.

Pour G. Simon (61) c'est la bronchopneumonie qui complique le plus souvent la dothiëntérie chez les enfants et elle est très grave et souvent mortelle ; la

1. Je n'ai trouvé nulle part cette observation détaillée. Voilà ce qu'on lit d'ailleurs dans *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, H. Roger, Paris, 1872 :

Observation IX	Date	Age	Resp.	Pouls	Temp.
Fièvre typhoïde. . .	30 août	9 ans	34	104	39°5
	31 août	»	34	116	37°7
	1 ^{er} sept.	»	40	133	40°2
	5 sept.	»	24	124	39°
	13 sept.	»	24	100	38°7
Pneumonie lobaire au quatrième jour.					

pneumonie lobaire se rencontre beaucoup plus rarement et présente moins de gravité.

Gerhardt pendant l'épidémie de pneumotyphus, qu'il a décrite en 1875, a observé plusieurs cas chez les enfants et, se basant sur le cas de Friedrich et celui de Burkner, a conclu que le pneumotyphus est plus fréquent chez les enfants que chez les adultes. Cette conclusion a eu de fâcheuses conséquences pour l'étude de la pneumotyphoïde chez les enfants. Presque tous les pédiatres sont restés sous l'influence de l'opinion émise par Gerhardt il y a trente ans et jusqu'à nos jours, même dans les ouvrages les plus récents, on peut rencontrer cette assertion sans pouvoir donner des nouvelles observations, sans apporter aucune preuve à l'appui ; et cela se passe aussi bien en France qu'à l'étranger.

Parrot, nous l'avons vu, considère la pneumotyphoïde comme plus commune dans l'enfance qu'à l'âge adulte.

Nous trouvons des notions un peu plus complètes sur la pneumonie lobaire typhique chez Cadet de Gassicourt dans son *Traité clinique des maladies des enfants*.

Il donne une analyse théorique des cas ; il cite deux observations personnelles. Mais, comme il l'avoue, il n'a vu que trois cas de pneumonie lobaire typhique initiale ; ne connaît aucun de ces cas compliquant la dothiéntérie à la période d'état et n'a observé que très peu de pneumonies lobaires de la convalescence. Bien entendu, il quitte très vite le terrain spécial de pédiatrie pour rentrer dans le domaine de la médecine générale. Nous avons vu qu'il nie l'existence de la pneumotyphoïde et qu'il protestait toujours avec énergie contre les doctri-

nes professées par M. Lépine sur ce sujet. En tous cas, son traité est le premier et, peut-être, le seul où la question de la pneumotyphoïde chez l'enfant est analysée avec plus de détails.

Pour Hénoch (62) la pneumonie lobaire est infiniment plus rare au cours de la dothiéntérie chez les enfants que la bronchopneumonie.

Holmolle (63) dit avoir observé dans le service de M. Roger deux cas non douteux de pneumotyphoïde chez les enfants.

Galissard de Marignac (64) est d'avis que la pneumonie lobaire qui complique assez souvent la fièvre typhoïde des adultes n'est presque pas connue au cours de la dothiéntérie chez l'enfant ; les complications pulmonaires sont chez les enfants presque toujours de nature bronchopneumonique ou la pneumonie pseudo-lobaire.

Decroïzelles (65) admet la forme thoracique de la fièvre typhoïde, avec tous les symptômes classiques, (accélération de la respiration, cyanose râles humides à la base des poumons, etc.) ; il souligne que tous ces signes sont le résultat de l'hypostase de la paralysie vasomotrice, mais non comme la conséquence d'une phlegmasie des organes respiratoires ; la pneumonie lobaire est la complication la plus importante de la fièvre typhoïde. Elle peut apparaître soit au début, soit à la période d'état et de déclin, soit pendant la convalescence ; elle a peu d'influence sur l'issue de la maladie principale, quand elle se montre au début de la dothiéntérie ; au contraire, l'inflammation pulmonaire qui débute à une

période plus avancée de la fièvre typhoïde est d'un diagnostic plus sérieux.

Le pédiatre qui a rencontré le plus souvent la pneumo-typhoïde chez les enfants est sans doute Wolberg (64^a), qui sur 227 cas a observé 10 fois comme complication de la fièvre typhoïde la pneumonie lobaire et, dans ce nombre, trois cas où elle s'était déclarée dans la première semaine de la dothiéntérie.

A notre grand regret nous n'avons pas pu nous procurer son article, le volume (*Jarhbuch für Kinderkrankh.* XXVII) ne se trouvant dans aucune bibliothèque de Paris.

L'Epine et Picot (65^a) en ont observé un cas seulement : il s'agissait d'un jeune enfant de 16 mois, chez lequel une pneumonie lobaire du sommet se développa dans le deuxième septenaire d'une fièvre typhoïde grave bien déclarée ; la matité et le souffle persistaient huit à dix jours et restaient limités à la région sous-claviculaire. Mais, en général, pour ces auteurs la pneumonie lobaire est une complication rare, une complication de surprise au cours de la dothiéntérie ; la vraie complication, la plus commune que le médecin praticien rencontre journellement, est la pneumonie lobulaire généralisée.

Barthez et Sanne (66) décrivent la bronchite sibilante, accompagnement presque obligé de la fièvre typhoïde ; elle s'installe rarement au début de la maladie, le plus souvent à dater du cinquième jour, quelquefois plus tard, du dixième au quinzième jour, et cette bronchite typhique est un précieux élément du diagnostic. Mais on

rencontre très rarement de véritables complications d'autres maladies infectieuses au cours de la fièvre typhoïde parce que, expliquent-ils, les organismes pathogènes de la dothiéntérie exigent pour croître et se multiplier un terrain vierge de tout autre organisme de même genre et que même, après son élimination, le terrain reste défavorable aux autres bactéries pendant un temps encore assez long. La règle est générale et les rares exceptions sont sans importance. Écoutons ce qu'ils disent : « Nous avons vu des pneumonies développées dans la convalescence d'une variole, d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une fièvre typhoïde présenter tous les caractères de la pneumonie franche et se terminer par le retour à la santé, les enfants n'étant plus sous l'influence de la maladie primitive. » Si même la pneumonie lobaire se montre au début de la dothiéntérie — cas d'ailleurs très rare — et on est en doute pour savoir si l'on a sous les yeux une pneumonie typhique ou une dothiéntérie compliquée de pneumonie, — la solution du problème semble très facile aux auteurs. Il suffit, en effet, d'attendre l'époque de la résolution de la phlegmasie, pour voir tous les symptômes morbides se dissiper peu à peu. Si cependant, continuent-ils, la pneumonie augmentait au lieu de se résoudre, — à partir du septième jour les taches rosées, les sudamina, qui dans la fièvre typhoïde apparaissent à cette époque, fixeraient alors le diagnostic. Cette explication purement théorique et nullement basée sur les faits cliniques montre nettement combien l'étude clinique de la pneumo-typhoïde chez les enfants est défectueuse et insuffisante.

Mais la clinique présente bien souvent des surprises bizarres. Que faut-il penser de ces cas de dothiéntérie où la pneumonie occupe, à s'y méprendre, pour longtemps et presque exclusivement tout le tableau clinique de la maladie.

Nous verrons dans les observations que nous avons rassemblées, des cas où les cliniciens les plus distingués ont posé le diagnostic de pneumonie (obs. XII par exemple) et où l'autopsie a montré, à côté des affections pulmonaires, des lésions typhiques de l'intestin. Les cas ne sont pas non plus rares où les taches rosées n'apparaissent pas du tout pendant toute la durée de la maladie, où les autres symptômes classiques de la dothiéntérie manquaient absolument (obs. IV, et V, etc.). Il arrive souvent qu'on ne soupçonne même pas l'existence de la fièvre typhoïde et cela surtout quand la maladie est de courte durée et l'enfant succombe dans les premiers jours de la maladie on trouve alors à l'autopsie, à côté de l'affection pulmonaire, les lésions typhiques en voie d'évolution dans l'intestin grêle. D'autres fois, au contraire, c'est une pneumonie franche qui présente, à s'y méprendre, tous les caractères d'une pneumotyphoïde ; cela arrive surtout dans les cas de pneumonies dites prolongées. M. Leroux en a rapporté à la Société de pédiatrie de Paris (1900) un cas remarquable. Un enfant, pendant toute l'évolution de la pneumonie, toussait peu, ne crachait pas et tout dans son aspect donnait l'impression d'une fièvre typhoïde ; seulement le séro-diagnostic recherché avec soin plusieurs fois a été négatif. L'auteur n'hésite pas à croire qu'avant

l'emploi du séro-diagnostic de Widal on aurait été très porté à parler de pneumotyphus, malgré l'absence des taches rosées.

Le diagnostic est en réalité parfois très épineux ; même le séro-diagnostic de Widal n'arrive pas toujours à l'éclairer chez les enfants chez lesquels, comme nous le savons, le séro-diagnostic peut ne se montrer que tardivement, le dixième, même le quinzième jour de la dothiéntérie.

Nous prions de nous excuser d'avoir interrompu l'historique ; d'ailleurs, il est presque terminé, il ne nous reste pas grand'chose à y ajouter : Les publications récentes ne contiennent presque rien d'intéressant pour la question qui nous occupe, les cas de pneumotyphoïde chez les enfants étant rarement publiés. D'ailleurs nous aurons l'occasion de revenir sur cette question, quand nous étudierons la fréquence de la pneumotyphoïde chez les enfants. Les classiques les plus récents sont encore moins affirmatifs sur la question de la pneumotyphoïde chez les enfants. Aussi pour en finir avec cet historique nous citerons simplement quelques opinions d'auteurs, connus de notre époque, sur la question qui nous occupe.

M. Marfan (67) n'a jamais rencontré la pneumonie lobaire au cours de la dothiéntérie chez les enfants âgés de plus de 5 ans ni au début, ni dans le cours ou à la fin de la maladie.

M. Méry (68) est d'avis que la pneumonie franche se rencontre souvent au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants ; les observations de pneumotyphus chez les enfants sont assez nombreuses.

M. Comby (69) dans son *Traité des maladies de l'enfance* dit : « L'appareil respiratoire, respecté chez les nourrissons, est à peine touché dans la seconde enfance ; il y a quelques ronchus sonores mais rarement la pneumonie hypostatique, le pneumotyphus, la nécrose laryngée. Cependant, je relève dans ma statistique 11 bronchopneumonies et 3 laryngotyphus.

M. Nobécourt (70) prétend, dans son *Manuel des maladies des enfants*, que le début de la fièvre typhoïde par une pneumonie (pneumotyphus) n'est pas rare chez les enfants. La pneumonie et surtout la bronchopneumonie peuvent apparaître à la période d'état.

Nous voyons de ce court exposé que les opinions sur le caractère et la fréquence des complications pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants sont très discordantes et varient d'un auteur à l'autre.

Il est impossible de s'en faire une opinion quelconque et moins encore une idée exacte. Pour en donner une démonstration, nous nous permettrons de citer deux passages de deux auteurs différents traitant la même question. « De l'avis de la généralité des auteurs », dit M. Thiébaux (71) dans sa thèse inaugurale, « la fièvre typhoïde a d'une façon presque constante un certain retentissement sur l'appareil broncho-pulmonaire et cela plus encore chez les enfants que chez l'adulte. Aussi avons-nous été surpris, en étudiant nos observations à ce point de vue, de constater que sur 250 observations semblant prises consciencieusement et bien détaillées nous n'en trouvions que 91 où il était fait mention de phénomènes respiratoires anormaux. Dans une dizaine

des cas nous avons de la toux, sans signes stéthoscopiques. Dans une dizaine de cas également, nous avons des signes de congestion pulmonaire localisée, râles sous-crépitaux, matité, souffle, etc. La broncho-pneumonie nous a semblé rare, elle n'a été constatée que dans 9 cas. » — « Les déterminaisons pulmonaires », écrivent MM. Pater (72) et Halbron dans leur rapport sur une épidémie de dothiéntérie chez les enfants observés à l'hôpital Trousseau, « se sont montrées avec une fréquence remarquable et ont pu quelquefois porter dans les premiers jours un diagnostic inexact. Nous avons observé ainsi au début de la fièvre typhoïde 1 cas de pneumotyphus des plus nets, d'ailleurs terminé par la guérison. Nous rappellerons que pour Cadet de Gassicourt la fréquence de pareilles déterminaisons s'élevait à 4,35 0/0 alors que pour M. Marfan les phénomènes broncho-pulmonaires seraient rares. Nous obtenons le chiffre énorme de 12,6 0/0 ! »

En résumé, nous pouvons dire que l'historique de la pneumotyphoïde chez les enfants ne nous fournit pas beaucoup de détails, et nous l'avons cependant exposé assez longuement, souligné même quelques-unes de ces notions et analysé d'autres, et cela intentionnellement.

Parmi les complications de la fièvre typhoïde, la pneumonie lobaire est celle dont la fréquence est le plus diversement appréciée et dont l'étude clinique est à peine effleurée. En effet nous avons vu plus haut combien il est parfois difficile de différencier la fièvre typhoïde de la pneumonie. Cette question déjà très épineuse chez l'adulte devient parfois impossible à résoudre chez l'en-

fant, en raison surtout des modifications que le jeune âge imprime à ces infections.

En général tous les signes cliniques de la dothiénentérie sont chez l'enfant très inconstants et atténués. Mais plus fugaces encore sont parfois les symptômes pulmonaires dans la pneumonie infantile. Le diagnostic devient tout à fait difficile quand la clinique nous offre des cas où les deux maladies s'associent; et qui plus est, dans ces cas les signes pulmonaires dominent tous les symptômes cliniques surtout au début. Ces cas de pneumonie lobaire initiale ou de vraie pneumotypoïde se rencontrent chez les enfants. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un très beau cas classique dans le service du professeur Hutinel, que remplaçait pendant les vacances mon maître, M. le Dr Nobécourt. Ce cas nous intéressant beaucoup nous avons prié notre maître, le Dr Nobécourt, de bien vouloir nous autoriser à le publier dans cette thèse dont le sujet même nous a été inspiré par notre maître. Nous sommes heureux en passant, de remercier le Dr Nobécourt de l'obligeance avec laquelle il nous a guidé pour mener à bien notre modeste travail devant contribuer au progrès de la question du pneumotypus.

Nous donnons plus loin l'histoire complète de ce malade. Disons de suite qu'il s'agissait d'un garçon de 12 ans 1/2 dont l'état général, la température élevée et surtout les symptômes pulmonaires, ont fait penser à une pneumonie lobaire franche du sommet droit. Ce diagnostic a été pendant les premiers jours le seul admissible; seulement ce n'est que l'apparition de quelques

taches rosées suspectes et le séro-diagnostic de Widal positif qui ont démontré dans notre cas, et assez près du début, une fièvre typhoïde latente. Le tableau clinique de la pneumonie était des plus classiques ; tous les symptômes de la pneumonie étaient au grand complet ; il ne manquait même pas d'abaissement critique de la température. Il s'agissait pourtant bien d'une fièvre typhoïde très bénigne d'ailleurs, et de laquelle l'enfant guérit sans complications.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. La fièvre typhoïde peut rester longtemps méconnue : il y a des cas où à l'autopsie on est tout surpris de trouver une fièvre typhoïde non diagnostiquée, et dont l'existence n'a pas pu même être soupçonnée pendant la vie. Les pneumotyphoïdes sont, il est vrai, rares chez les enfants, mais cette rareté augmente encore l'embarras : on est pris à l'improviste, on connaît mal cette maladie et quand un cas pareil se présente, surtout dans la clientèle privée, il peut créer de gros ennuis.

La bénignité et la courte durée de la pneumonie infantile sont connues du public et on comprend quelles fâcheuses conséquences l'erreur du diagnostic peut créer médecin traitant. Et cependant il n'a commis aucune faute. Tous les symptômes l'ont parfaitement autorisé à poser le diagnostic de la pneumonie. En vain le praticien cherchera des renseignements, dans les ouvrages classiques des maladies des enfants on n'en trouve rien, cette question étant complètement négligée par les médecins d'enfants. On est forcé d'avoir recours aux traités généraux et de se guider sur la pneumotyphoïde des adultes.

Mais si au point de vue de pathogénie et pathologie générale la pneumotyphoïde est la même maladie chez les adultes que chez les enfants, en clinique il faut en faire une distinction, car les mêmes maladies chez les enfants diffèrent beaucoup de celles des adultes et demandent une description à part.

Cela est incontestable et connu depuis longtemps. « On a beau dire », dit G. Simon (71^a), « que les enfants sont atteints de même maladie que les adultes : cette assertion, vraie au point de vue nosologique, donne le change en clinique. L'enfant ne traduit pas une symptomatologie aussi complète ; il éprouve des réactions plus accusées sur tel appareil et beaucoup moins sur les autres. » — « S'il n'y a pas de maladie spéciale à l'enfance », professait Ollivier (72^a), les mêmes maladies ordinaires n'ont pas toujours la même marche, la même physionomie clinique chez les enfants qu'à un autre âge. »

Loin de nous la prétention de fournir une étude complète sur la pneumotyphoïde chez les enfants. Nous avons voulu donner une contribution utile à l'évolution de cette maladie.

En tout cas, ce sera le premier et, jusqu'à maintenant, le seul ouvrage où on pourra trouver l'historique de la pneumotyphoïde chez les enfants et où nous avons rassemblé sinon toutes les observations connues et publiées, du moins nous avons essayé d'en avoir le plus possible et les plus détaillées. Une bonne observation clinique vaut mieux qu'une description théorique : les observations sont des exemples empruntés à la réalité et à la clinique, recueillis au lit du malade avec toute

leur variété et avec tout leur intérêt palpitant. Ce sont encore ces observations qui nous donneront la meilleure description clinique, beaucoup plus éloquente que celle qu'aurait pu donner notre plume inexpérimentée.

Nous avons pu rassembler en dehors de notre cas personnel et inédit 16 observations de la pneumotypoïde chez les enfants, publiées dans divers ouvrages, en France et à l'étranger. Les enfants avaient comme âge entre 18 mois et 15 ans, à savoir :

Au-dessous de 2 ans		1 cas.
Entre 2 ans et 5 ans		3 —
— 5 — 10 —		6 —
— 10 — 15 —		6 —

Sept de ces petits malades ont fini par guérir, dix autres ont succombé, ce qui représente 41,18 0 0 de guérisons et 58,82 0/0 de morts.

Mais il est temps de laisser la place aux observations. Nous les avons rapportées telles que nous les avons trouvées, sans rien y changer : très longues quand les observations sont très détaillées, très brèves quand elles ne sont que très résumées. Les voici :

OBSERVATIONS

Observation I

(*Personnelle et inédite*) (Service du professeur HUTINEL, remplacé par M. le Dr NOBÉCOURT).

B... Eugène, âgé de 12 ans 1/2, a été admis à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service du professeur Hutinel (remplacé par M. le Dr Nobécourt) le 29 septembre 1908. La mère nous a raconté que l'enfant, jusqu'à présent toujours bien portant, a été brusquement pris de mal à la tête et au ventre, et il se plaignait d'une fatigue générale. Il n'y a pas eu d'estaxis, pas de vomissements, mais la constipation était opiniâtre. On l'a mis au lit et on a fait venir un médecin qui a prescrit une purge et a promis de venir le lendemain, en disant qu'il ne peut pas se prononcer pour le moment sur la maladie. Le lendemain le médecin inquiété par la forte fièvre et l'état grave du petit malade l'a fait rentrer à l'hôpital, sans avoir précisé le diagnostic.

Le père et la mère de l'enfant sont bien portants, trois frères et une sœur bien portants. L'enfant a été né à terme, la grossesse était normale, mais l'accouchement était difficile.

Il était élevé au sein jusqu'à 9 mois, la première dent a apparu à 6 mois ; il a commencé à marcher à 11 mois. Dans les antécédents pas de maladies contagieuses, pas de convulsions, pas de coqueluche. Il n'a jamais toussé. Dans la famille et dans l'entourage personne n'est malade et on n'a pas entendu parler de cas de fièvre typhoïde dans le quartier où habitent les parents du malade.

Examen : L'enfant est bien constitué, assez grand et bien développé pour son âge, bien tenu. Pas de signes de rachisme, pas de déformations osseuses, pas de polymicroadénopathies. Aux jambes on relève quelques cicatrices anciennes.

La peau est chaude et sèche, les taches rosées recherchées avec soin font défaut, pas de myœdème. Le signe de Kerning est très net, sa recherche est douloureuse, mais il n'existe pas de raideur de la nuque. Les réflexes sont très affaiblis, mais ils existent. La pommette droite est rouge. L'enfant tousse par moment. Le ventre n'est ni ballonné ni rétracté. La fosse iliaque droite n'est pas douloureuse à la palpation, pas de gargouillement.

Pouls 100, légèrement dicrote, mais régulier. La respiration est peu gênée, 28 respirations à la minute. La langue est sèche, rôtie, rouge sur les bords et à la pointe.

Poumons : Signe de Weil. Submatité du sommet droit en avant ; en arrière la submatité de la région susépineuse droite moins nette. La respiration rude et humée au sommet droit et quelques râles fins. Dans le reste du poumon droit et dans le poumon gauche rien d'anormal.

Rien au cœur.

Le foie n'est pas gros et ne déborde pas les fausses côtes

La rate ne paraît pas être hypertrophiée

L'urine est très chargée et ne contient pas d'albumine.

La température est 39°,8 le matin, 39°,9 le soir.

On diagnostique une pneumonie franche du sommet droit.

Régime lacté et de bouillie.

Le 30 septembre. — L'enfant est abattu et semble ne pas s'intéresser à ce qui se passe autour de lui. Il a passé une très mauvaise nuit; il était très agité. L'enfant crache abondamment et tousse de temps en temps. La respiration est plus fréquente qu'hier, 40 respirations à la minute. Pouls 108 pulsations à la minute, dicrote.

Un peu de raideur des muscles de la nuque mais le signe de Babinski est négatif (en flexion). Sur la peau du ventre on aperçoit quelques taches rosées suspectes.

Poumon: Les mêmes signes d'auscultation et à la percussion qu'hier. La respiration est plus soufflante en avant au sommet droit. En arrière rien de bien net: l'inspiration est plus humée et plus rude à droite qu'à gauche. Rien au cœur.

Le ventre est un peu ballonné. Une selle normale.

La rate mesure 8 cm. $\times$ 6 cm. T. 39° le matin, 39°,6 le soir.

La cutiréaction et la réaction entradermique sont restées négatives.

Le diagnostic reste le même, mais on prend du sang pour un séro-diagnostic de Widal.

Le 1^{er} octobre. — La nuit a été meilleure. Le malade semble commencer sa défervescence.

La température est à la visite de 38°,2. Le pouls est à 102. le dicrotisme s'accroît. La rate grossit (9 cm. $\times$ 6 cm.). La langue est sèche, bien typhique.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

La séro-réaction de Widal est positive au 1/150.

Poumons: En avant sous la clavicule droite la tonalité est plus haute à la percussion. La respiration est moins rude qu'hier. Quelques râles sous-crépitaunts fins. Le poumon gauche est normal. Rien au cœur.

La température est 38°,2 le matin, 39°,1 le soir.

En ce moment il n'y a plus de doutes: on est en présence d'une pneumotypoïde. On ordonne des bains à 35° toutes les trois heures que l'on abaissera à 32° et même à 28° si la température dépasse 39°. Compresses froides sur le ventre. Veiller sur l'intestin.

Le 2 octobre. — La température ce matin à 8 heures a été 36°,9; à 9 heures elle est à 37°,3. La nuit a été mauvaise. Plusieurs vomissements verdâtres. L'enfant a déliré. La selle est liquide, jaune.

Le facies n'est pas péritonéal. L'enfant n'a pas eu du hoquet.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple, il était douloureux le matin, à l'heure de la visite la douleur a disparu et l'enfant se laisse palper docilement. La matité hépatique n'a pas disparu. Le pouls est de 82 pulsations à la minute, ample, régulier.

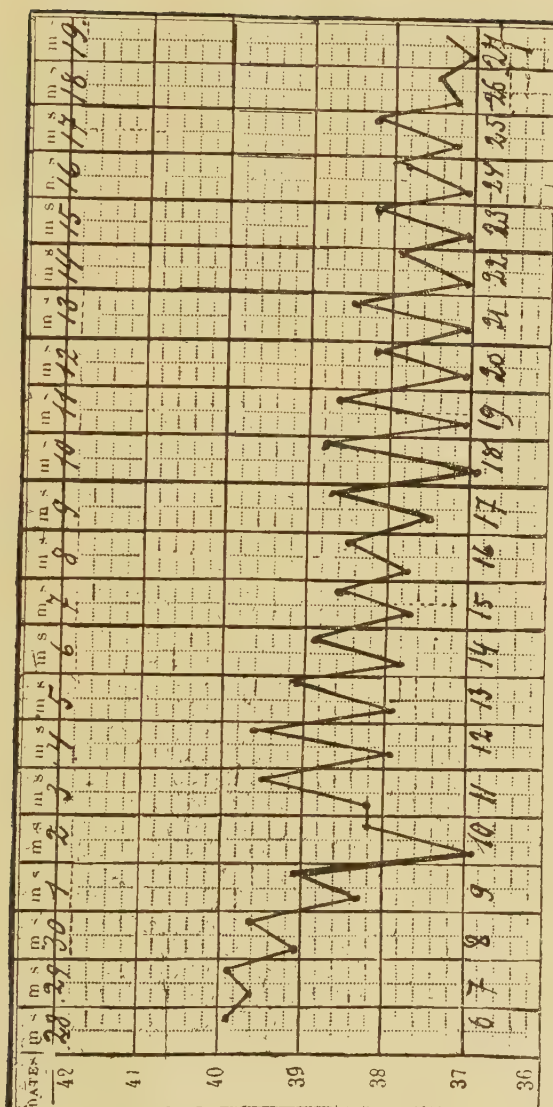
La rate n'a pas grossi depuis hier.

Poumons: La respiration est toujours un peu soufflante au sommet droit, la sonorité est moins haute à droite. Rien au cœur.

La température est 36°,9 le matin, 38°,2 le soir.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 3 octobre. — Le signe de Kerning est moins marquée, les réflexes rotuliens sont affaiblis. Les taches rosées persistent.



OBSERVATION I. — B... Eugène 12 ans 1/2.

Rien du côté du ventre.

La rate mesure 9 cm. $\times$ 6 cm.

Poumons : La respiration est un peu soufflante au sommet droit, pas de différence de sonorité des deux côtés, pas de bronchite aux deux poumons.

Rien dans les urines.

La température remonte à 38°,2 le matin, 39°,9 le soir.

Le 4 octobre. — Il y a toujours une tendance au signe de Kerning.

La rate a le même volume ; le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes.

Les symptômes pulmonaires ont disparu.

La température est 38° le matin, 39°,6 le soir.

Le 5 octobre. — La température est 37°,9 le matin, 39° le soir.

Le 6 octobre. — La fièvre a tendance à descendre (le quatorzième jour de la maladie).

Le pouls est à 100, franchement dicrote.

La rate mesure 10 cm $\times$ 6 cm.

Le 7 octobre. — La température est 37°,6 le matin, 38°,6 le soir.

Le 8 octobre. — État général satisfaisant.

La température est 37°,6 le matin, 38°,6 le soir.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, 800 grammes en vingt-quatre heures.

Le 9 octobre. — Le même état. La température est 37°,5 le matin, 38°,7 le soir.

Le 10 octobre. — L'enfant va de mieux en mieux.

Du 11 octobre au 18. — Il n'y a rien à noter. La maladie suit son cours normal. Sur la figure apparaissent quelques érup-

tions de pyodermite qui sont pansées à la pommade boriquée.

Le 18 octobre. — La température est normale matin et soir

A partir de ce moment l'enfant rentre sans complications en convalescence.

Le 23 octobre. — L'enfant a fait la crise urique. Il a uriné 2 litres en vingt-quatre heures.

L'enfant est sorti de l'hôpital guéri.

Observation II

(Publiée par M. DELOZIÈRE dans sa thèse inaugurale,
Paris 1906.)

B... Julien, 6 ans. Entre le 30 novembre 1905 dans le service de M. le Dr Guinon. Il est sorti du dépôt huit jours auparavant. Deux à trois jours après sa sortie, il a commencé à tousser, a eu de la fièvre et de la diarrhée. Le jour même de son entrée dans le service, il accuse une douleur dans le flanc gauche. Comme antécédents, il faut signaler une rougeole suivie d'une pleurésie probablement purulente, car au dessous de la pointe de l'omoplate gauche, une cicatrice existe. L'examen montre qu'on se trouve en présence d'un enfant d'un développement physique normal, bien qu'ancien rachitique. Il existe un léger strabisme. On ne trouve pas de polymicroadénopathies.

L'enfant répond très nettement aux questions qui lui sont posées.

Il déclare que la douleur du flanc a disparu. Il existe de la polypnée (48 respirations à la minute.) La toux est fréquente. L'examen des poumons décèle, outre la submatité de la base gauche qu'explique l'ancienne pleurésie, des râles ronflants disséminés et en arrière, au sommet droit un peu de subma-

tité et un souffle tubaire. Le pouls est rapide (132), égal les bruits pulmonaires empêchent l'auscultation du cœur. L'haleine a une odeur acétonurique ; la langue est sèche, un peu rouge sur les bords, les lèvres sont légèrement ulcérées. Le ventre est tendu, la palpation détermine un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il n'y a eu ni vomissement, ni diarrhée depuis l'entrée. L'examen du système nerveux ne dénote rien d'anormal.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. On s'arrête du diagnostic de pneumonie.

A part deux vomissements de lait ingéré, l'existence d'un peu de diarrhée, il n'y a rien à noter jusqu'au 4 décembre.

Le 4, neuvième jour de la maladie, la défervescence ne s'est pas produite, la température matinale est de 39°. On note les signes suivants : la poitrine et l'abdomen sont recouverts d'une abondante éruption de taches rosées, petites et s'effaçant sous la pression du doigt. Beaucoup sont si petites qu'elles donnent l'impression d'une rougeole au début. D'autres plus grandes sont disséminées sur les bras et les jambes. L'enfant se plaint ; il est agité et dyspnéique. La face est pâle, les pupilles sont dilatées. Il y a de l'hyperesthésie du ventre et un léger Kerning. L'examen des poumons donne les renseignements suivants : En avant, à la percussion, tonalité et sonorité plus élevées du sommet gauche ; à l'auscultation, râles sous-crépitants disséminés. En arrière, à la percussion, sonorité tympanique du sommet droit, submatité de la base gauche (pleurésie ancienne) ; à l'auscultation, à gauche, respiration faible au sommet et à la base ; à droite, quelques râles sous-crépitants, respiration soufflante du sommet sans râles de retour. La langue est très saburrale, un peu des-

quamée sur les bords. La rate n'est appréciable ni à la palpation, ni à la percussion. La diarrhée peu abondante (3 selles par jour) est liquide et vert foncé.

Le lendemain, dixième jour de l'affection, les symptômes ne se sont guère modifiés. La langue est plus sèche que la veille, nettement fuligineuse au centre, rouge sur les bords. Un nouvel examen des urines dénote toujours l'absence de l'albumine. La séro-réaction est recherchée, le sérum du sang prélevé la veille agglutine le bacille d'Éberth jusqu'à 1/800 et le Briou jusqu'à 1/50 ; il n'agglutine pas les autres paratyphiques.

Le soir l'enfant a un vomissement de lait.

Au onzième jour, le petit malade présente toujours de l'agitation. La langue a le même aspect que la veille, les lèvres sont devenues sèches et fuligineuses. Les respirations sont superficielles et rapides ; le souffle du sommet droit persiste toujours, non accompagné de râles. L'hyperesthésie cutanée s'est généralisée. La prostration est accentuée et l'enfant répond moins bien que précédemment aux questions qui lui sont posées. L'éruption signalée le 4 persiste toujours avec la même netteté. La diarrhée continue, mais elle a perdu sa teinte verte. Il existe une otite gauche.

Le douzième jour, un nouveau vomissement de lait se produit le matin.

L'enfant est abattu, couché en chien de fusil, grognon, surtout lorsqu'on veut l'examiner ; il accuse toujours de l'hyperesthésie cutanée.

L'exanthème est encore nettement apparent. Le pouls est rapide : 140 pulsations à la minute, mais bien frappé. Malgré la

suppression du lait qu'on remplace par la limonade vineuse, un nouveau vomissement de produit vers midi.

Le treizième jour, les vomissements ont cessé, néanmoins l'état de l'enfant ne s'est pas amélioré. Les selles sont jaunes et fétides. L'exanthème, l'énanthème et l'hyperesthésie persistent. Le ventre est très souple et sans matité.

Le quatorzième jour, l'agitation est plus marquée que précédemment. L'enfant s'assied sur son lit et pousse incessamment des cris plaintifs d'une voix légèrement cassée. Les conjonctives sont injectées. Les lèvres sont ulcérées et saignantes; les gencives et les dents sont recouvertes d'un enduit fuligineux. L'exanthème est généralisé, très net.

L'hyperesthésie est toujours accentuée. Les urines rares, très colorées, ne contiennent ni albumine, ni indican, ni pigments biliaires. Les respirations deviennent de plus en plus rapides, elles sont tellement superficielles qu'on n'entend même pas le murmure vésiculaire à l'auscultation du poulmon.

Le seizième jour, réapparaît la diarrhée verte. Les déjections demi-liquides, de teinte vert clair, sont analogues à celles d'un nourrisson atteint de gastro-entérite.

Le dix-septième jour, la diarrhée verte persiste (six selles dans la journée); il y a en outre un vomissement alimentaire. L'aspect du petit malade s'est beaucoup modifié. Les téguments sont pâles, l'amaigrissement du corps est très marqué, l'abdomen est plutôt rétracté. L'agitation est extrême. Les lèvres sont tremblantes, les paupières rouges, les conjonctives congestionnées. L'exanthème et l'énanthème sont toujours accentués.

L'intelligence est complètement obnubilée, la voix est cassée, le pouls est rapide au delà de 140 pulsations à la minute;

l'auscultation du cœur ne dénote aucun bruit anormal.

Le lendemain dans la journée, le petit malade succombe au dix-huitième jour de sa fièvre typhoïde. La température prise vers 4 heures était de 38°,8.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation III

(Rapportée par M. DELOZIÈRE dans sa thèse inaugurale,
Thèse de Paris, 1906, pag. 17 et suiv.)

H... Marcel, 6 ans 1/2, entre le 7 avril 1906 dans le service de M. Guinon à Trousseau. Sans antécédents héréditaires, ni personnels (rougeole à 3 ans), il est malade depuis sept jours. Le début de l'affection avait été marqué par des vomissements, de la céphalée et des douleurs abdominales. Les selles sont restées normales. Un peu de toux, d'oppression et de délire la nuit : tels sont les autres symptômes signalés par les parents.

A l'examen le 8 avril au matin, ce qui frappe c'est la prostration et l'attitude de l'enfant.

Il est couché en chien de fusil, présente le signe de Kerning, a de la raideur de la nuque. Pourtant il n'y a ni raie vasomotrice, ni inégalité du pouls, ni inégalité pupillaire, ni troubles des réflexes. Un examen méthodique donne les renseignements suivants :

Il n'y a rien à signaler sur les téguments, pas de taches rosées. Dans la région cervicale, les aines et les aisselles, on sent quelques petits ganglions. La langue est rouge, sèche ; les lèvres et les gencives sont un peu fuligineuses ; la gorge est nette. Le ventre est d'aspect normal, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le foie ne déborde pas les

fosses côtes. La rate est grosse et accessible par la palpation. L'examen de l'appareil pulmonaire dénote les signes suivants : En avant rien d'anormal ; en arrière, submatité des deux bases ; à la base droite léger souffle avec quelques râles humides ; à la base gauche, souffle tubaire avec râles sous-crépitaunts et broncho-égophonie. Les deux sommets ne présentent rien de spécial.

Le pouls régulier bat 124 pulsations à la minute. L'auscultation du cœur ne décèle aucun souffle. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La température est à 39°,3.

Le lendemain, neuvième jour de la maladie, l'enfant se présente avec le même aspect que la veille, mais sur le dos, l'abdomen et les membres inférieurs ont apparu des éléments éruptifs ayant les caractères de taches rosées. On prescrit des bains à 25°.

Dans les deux jours suivants, rien de spécial n'est noté. L'enfant a pris du sulfate de soude ; les selles sont diarrhéiques, jaunâtres (deux à trois par jour). La température oscille entre 39° et 39°5. Le pouls est à 120.

Au douzième jour, au matin, la température est tombée à 38° ; le pouls est toujours à 120 pulsations à la minute. L'enfant est très abattu, il a du délire. L'éruption de taches rosées a beaucoup augmenté, les éléments, légèrement papuleux dans le dos, sont nettement accusés, sur les cuisses et les genoux. Sur les bras et les coudes, l'érythème est d'apparence scarlatiniforme. Les conjonctives sont injectées.

La langue est très sèche, les lèvres sont fendillées, les gencives ulcérées. Dans la journée apparaît la diarrhée verdâtre (5 selles).

Le lendemain, treizième jour, l'adynamie est marquée. La

stomatite est très intense. Le ventre est mou, empâté. La peau reste plissée comme un linge mouillé.

Le pouls est faible à 116, il est néanmoins régulier. A l'auscultation on ne trouve aucun souffle au cœur. Les deux poumons présentent de la submatité dans leur moitié inférieure avec des râles sous-crépitants. Les cinq selles de la journée sont toujours verdâtres.

Le quatorzième jour, l'enfant est dans un état de subdélire continu bien que la température soit à 38° et le pouls à 120.

Le quinzième jour, apparaissent les vomissements bilieux verdâtres. Ils se continuent dans la nuit et cessent le lendemain matin. L'enfant est alors dans l'adynamie la plus complète ; il perd ses matières sous lui, a de l'opacité des globes oculaires, de l'injection des conjonctives et de la généralisation de son érythème. Il succombe dans la nuit. La température prise dans la soirée était de 39°,2.

A l'autopsie : la présence de quelques centimètres cubes de liquide clair dans chacune des cavités pleurales et l'existence d'adhérences pleuro-péricardiques récentes.

Hépatisation du tiers inférieur, congestion du tiers moyen des deux poumons. Emphysème des sommets, surtout en avant ; nombreux ganglions brachéo-bronchiques d'aspect inflammatoire à la coupe. Le cœur n'offre aucune lésion.

L'absence de toutes lésions du péritoine. Le foie pèse 770 grammes, est décoloré, parsemé de nombreuses taches pâles. A la coupe, le parenchyme, résistant sous le couteau, est très pâle et décoloré. La rate pèse 110 grammes, est allongée, de coloration violacée, presque noirâtre, à la coupe a l'aspect d'une betterave cuite ; les corpuscules de Malpighi se détachent nettement. Les reins ne présentent rien d'anormal.

L'intestin incisé sur toute sa longueur, on voit au niveau du cæcum de volumineuses plaques de Peyer. Elles sont épaissies, hémorrhagiques, de coloration rouge foncé.

Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

Le cerveau et les méninges craniennes n'offrent rien de spécial.

Observations IV et V

Les deux cas suivants appartiennent au Dr Sidney Phillips qui les a publiés dans *British medical Journal*, le 23 février 1901. Je les ai réunis ensemble, parce qu'il s'agit de deux frères tombés malades de la même façon l'un après l'autre.

Cas I

J. S..., âgé de 4 ans 1 2, fut pris de céphalée et de diarrhée le 21 novembre 1900. Le 22 novembre viennent s'ajouter un mal de gorge et l'engorgement des glandes cervicales. Le 24, l'enfant s'alita et le 25 il commença à délirer. La diarrhée cessa après le 26 novembre. Le 29 novembre il fut admis à l'hôpital Sainte-Marie dans mon service.

Examen à l'entrée: Émaciation complète, langue sèche, ventre ballonné. La température est à 105° F (près de 41° C) ; l'enfant est couché sur le côté droit, léthargique (*droowsy*), poussant des cris par moment ; il y a eu une hyperesthésie de tout le corps et l'enfant cria fort quand on le toucha, résistant violemment au moindre essai de l'examiner. Il présenta des signes de bronchite catarrhale généralisée (diffuse), de la matité à la percussion avec un très fort souffle tubaire. Pas

de taches typhiques, ni hypertrophie de la rate appréciable.

Traitement et suite de l'histoire. — Le malade fut mis à la diète liquide, on lui fit quelques injections hypodermiques de strychnine et les enveloppements humides (*sponging*), quand la température dépassait 103° F (39° C).

Le 2 décembre. — Se montrèrent des signes physiques de résolution de la pneumonie ; la température décroît graduellement à 99° F (37°,5 C), pour remonter subitement la même nuit à 105° F (41° C). Le matin suivant elle retombe à 99° F. L'état général s'améliora lentement, le tympanisme diminua, la langue devint propre ; l'état mental du malade s'améliora de façon qu'il pouvait répondre aux questions, mais l'hyperesthésie intense de la peau persista toujours. La température monta chaque soir à 101° F (38°,5 C) et les 9 et 10 décembre elle s'éleva à 102° F (vers 39° C).

Le 11 décembre. — La température sauta à 105° F (41° C).

Le 12 décembre. — La température était à 104° F, le pouls à 144. La respiration qui était auparavant de 30 à la minute, s'accéléra jusqu'à 40, le pouls devint faible. Les vomissements survinrent et l'enfant succomba dans la nuit.

A l'autopsie faite par M. Plimmer, on trouva plusieurs ulcérationstypiques, des plaques de Peyer et des follicules solitaires guéries ou en voie de guérison ; les ganglions mésentériques tuméfiés ; sur la valve antérieure de la mitrale on rencontra des larges et molles masses de végétations récentes.

Le poumon gauche était en collapsus. Dans le sac pleural droit il y avait près de 8 onces (240 gr.) de pus épais et sur la surface du poumon droit une couche de fibrine molle récente. Le poumon droit lui-même était comprimé par l'empyème et profondément congestionné, de nature pneumonique.

Dans le lobe inférieur du poumon droit, sous la plèvre, on constatait plusieurs petits abcès, le plus grand ayant la dimension d'un pois. Dans le pus pleural on trouva exclusivement le streptocoque lancéolé.

CAS II

W... S..., âgé de 3 ans, le frère du précédent malade, tomba malade le 19 novembre. La maladie a commencé par céphalée, mal de gorge, vomissements et diarrhée. Le 24 novembre il est pris du délire.

L'examen à l'entrée. — L'enfant est admis à l'hôpital Sainte-Marie le même jour que son père, le 29 novembre, dans un état presque identique. Il était dans un même état léthargique, poussant par moment des cris et des plaintes ; même émaciation et ballonnement du ventre, la même hyperesthésie intense de toute la surface du corps. Il y avait des signes de pneumonie et des frottements à la base du poumon gauche. Pas de taches typhiques ni hypertrophie de la rate.

Traitement et suite de l'histoire. — Le 30 novembre la température était de 104° F (40°,5C) et le 3 décembre de 105° F (41°). Une diarrhée grave apparaît mais elle était enrayée par du salicylate de Bi. Une faible amélioration et une chute de température à 100° F (30°C) se firent pendant les trois jours suivants, mais le 7 décembre la température monta de nouveau à 105° F (41°), malgré la balnéation froide. Malgré les signes de résolution de la pneumonie, la matité ne disparaissait pas et une ponction exploratrice démontra la présence du pus dans le sac pleural gauche.

Le 15 décembre on pratiqua une incision du sac pleural gauche, évacua 8 onces (240 gr.) de pus ; on laissa un tube de

drainage dans la plaie. Néanmoins le 16 la température remonte à 105° F (41°) et le 17 l'enfant succombe.

A l'autopsie on trouva plusieurs ulcérations typiques presque guéries dans l'intestion grêle ; le foie et la rate étaient noirs et mous ; les deux poumons étaient remplis (studdet.) de plaques d'adhérence ; le bord inférieur de la base gauche présenta plusieurs petits abcès. Il y avait de l'empyème de la plèvre gauche ouvert par l'incision et du pus également dans le médiastin antérieur au-dessus du hile du poumon gauche.

Observation VI

(Cas de SEITZ rapporté dans : *Der Abdominaltyphus Seitz.*, 1888, Stuttgart, page 98.)

M. R..., âgé de 6 ans, tombe brusquement malade le 18 décembre 1868. L'enfant a été toujours bien portant et très bien développé pour son âge, corporellement et intellectuellement.

Il y a quatre semaines sa petite sœur est tombée malade et on a diagnostiqué chez elle une fièvre typhoïde ; d'ailleurs depuis quelque temps une épidémie de fièvre typhoïde ravageait la partie de la ville, où habitait notre malade ; la maladie a commencé chez le garçon par la céphalée, l'abattement et la toux. La fièvre n'était pas trop intense et ne dépassait pas 39°C. le pouls était à 120 pulsations à la minute.

Le quatrième jour la température commença à baisser et en même temps apparurent les signes classiques de la pneumonie lobaire : hépatisation pneumonique de la base droite, matité et souffle, et ses signes persistèrent plusieurs jours.

Le 25 décembre. — Après une sueur, profuse les signes pul-

monaires s'amendaient petit à petit, mais la température, quoique peu élevée, restait toujours au-dessus de la normale.

Le 27 décembre. — Le petit malade a de la diarrhée ; la température devient franchement typhique, les symptômes typhiques : la douleur dans la fosse iliaque droite, l'hypertrophie de la rate, le météorisme, l'inappétence et le délire apparaissaient successivement. Cet état dura quinze jours ; l'enfant a été traité par la décoction du jalep et du vin rouge.

La convalescence a été très longue. L'enfant a été anémique, somnolent ; de temps en temps apparaissaient les douleurs névralgiques mal localisées, tantôt dans les oreilles, tantôt à la gorge. Son état général demandait des soins très énergiques et un traitement spécial par les fortifiants (quinine, fer et vin généreux).¹

L'enfant rentre définitivement en convalescence à la fin du mois de février.

Observation VII

(Cas de M. LOUIS REGIS rapporté à la Société des médecins. et chirurg. prat. en 1905, séance du 10 mai.)

Le jeune Robert H..., rue de Crimée, 169, m'était amené en consultation par sa mère le 5 septembre 1904. Celle-ci m'apprenait que le petit malade venait de passer vingt jours à la campagne, où il s'était bien porté jusqu'à la veille de son retour à Paris. Depuis il était abattu, ne mangeait plus, tousait, avait de la diarrhée, de la fièvre, passait des nuits agitées. Les facies vultueux de l'enfant, une pommette plus rouge que l'autre et une dyspnée intense me firent songer à une affection pulmonaire. J'auscultais l'enfant et je décou-

vrais à droite une pneumonie typique avec le cortège symptomatique classique. Poursuivant mon examen je notais une rate un peu débordante et douloureuse et quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Enfin les paumes des mains avaient une couleur légèrement jaune et la température rectale était de 40°.

Bien que la pneumonie dont était porteur l'enfant pouvait à la rigueur envelopper toute la symptomatologie, y compris les signes abdominaux, cela avec autant plus de vraisemblance que le petit malade, soigné antérieurement par moi pour une rougeole, des gastro-entérites et de l'entéro-colite muco-membraneuse, était facilement sujet aux retentissements intestinaux; l'état gastrique et surtout la couleur jaune de la paume des mains me firent immédiatement songer à une fièvre typhoïde possible.

J'ajournais donc mon diagnostic au lendemain et prescrivais une légère purgation, des enveloppements humides; toutes les trois heures une potion à l'acétate d'ammoniaque et la diète lactée.

Le lendemain je retournais voir mon petit malade. La symptomatologie de la veille s'était enrichie de deux symptômes. La paume des mains et la plante des pieds étaient franchement jaunes comme celles d'un ictérique (signe de Philipowicz); de plus, en palpant profondément et soigneusement la région iléo-cœcale, je découvris deux tuméfactions donnant la sensation de deux ganglions mobiles de la grosseur d'une noisette (signe de J. Bernard).

La modestie du logis familial ne permettant pas l'installation d'une baignoire et faisant craindre la contagion des jeunes frères qui toute la journée se trouvaient dans la chambre

du petit malade, j'informais la mère que son enfant avait une fièvre typhoïde et lui ordonnais de le conduire immédiatement à l'hôpital.

A Héroid l'enfant fut, dès son arrivée, malgré les dires de la mère, comme un simple pneumonique. Ce ne fut que le quatrième jour de son entrée que l'on reconnut l'affection typhoïde et que l'on institua la balnéation méthodique, qui dura près d'un mois et demi. J'ai su depuis que l'on attend une séro-réaction positive pour assurer le diagnostic.

Observation VIII

Cas de CADET DE GASSICOURT (*Traité clinique des maladies de l'enfance*).

Un enfant de 5 ans entré dans mon service le 16 octobre 1877 sans aucun renseignement. Il avait 40° de température, le pouls à 120, la langue blanche, humide, sans caractères précis, le ventre un peu tendu ; pas de taches rosées, pas de selles liquides, rate non limitable. La dyspnée était très marquée ; à la percussion, je constatais une matité bien nette dans la fosse sus-épineuse droite ; de la submatité dans la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse et à l'auscultation un souffle très accusé, quoique un peu éloigné de l'oreille, avec ralentissement de la toux et de la voix ; pas de râles. L'apparence générale était celle d'un typhique ; mais en présence des signes de percussion et d'auscultation, le diagnostic était écrit ; il s'agissait là d'une affection pulmonaire, congestion aiguë, pneumonie franche ou broncho-pneumonie. Dès le lendemain d'ailleurs, la question était tranchée en faveur

d'une pneumonie franche par la persistance des signes physiques et de l'élévation thermométrique.

Je continuais néanmoins à tenir le malade en observation au point de vue d'une dothiéntérie possible, à cause d'un léger ballonnement du ventre et de la diarrhée ; mais j'instituai le traitement de la pneumonie et j'ordonnai une infusion de 20 centigrammes de poudre de digitale. Nous étions seulement au septième jour de la maladie ; la marche de l'affection du poumon était donc parfaitement normale.

L'abaissement incomplet de la température le neuvième jour ne pouvait encore nous donner aucune lumière. Mais lorsque, le lendemain, je vis la courbe descendre à 38°, 6, tandis que l'état du malade restait stationnaire et même s'aggravait un peu, je n'hésitai plus à affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde, caractérisée par l'abattement, la somnolence, une légère sécheresse de la langue, la tension du ventre et la diarrhée. Les signes de pneumonie ne s'étaient pas modifiés, il est vrai ; mais, comme il est de règle de les voir survivre à la défervescence et à l'amélioration de l'état général, je ne pouvais attribuer à l'hépatisation non résolue encore la persistance de l'adynamie et des autres symptômes typhiques.

Dès le lendemain (nous étions au onzième jour de la maladie), le diagnostic de fièvre typhoïde était confirmé par l'apparition tardive des taches rosées, qui ne se montrèrent qu'alors et prolongèrent ainsi mon incertitude. Je suis d'autant plus sûr du retard des taches que pas un jour ne s'était écoulé depuis l'entrée du malade sans que je les cherchasse avec le plus grand soin.

Depuis lors, la pneumonie et la fièvre typhoïde marchèrent côte à côté, sans paraître exercer une grande influence l'une

sur l'autre, l'une se résolvant peu à peu, l'autre suivant un cours régulier et doux, malgré la bizarrerie de la courbe thermique. Je ne peu même dire que la résolution de la pneumonie ait été retardée par la dothiéntérie, puisque les signes physiques avaient disparu dix jours après la défervescence.

La fièvre typhoïde s'est terminée le vingt-neuvième jour, en ayant conservé un caractère de bénignité remarquable pendant toute sa durée.

Observation IX (résumée).

Publiée dans la thèse du Dr G. Thiébaux, Nancy, 1904. *Fièvre typhoïde infantile*, p. 83.

D... Charles, 10 ans, entré le 30 mai 1901 au troisième jour de la maladie.

Début par céphalée, mal au ventre, vomissements.

30 mai. — Enfant bien constitué, abattu. Thermomètre 40° le soir, 39° le matin. Pouls à 110. Respiration diminuée du côté gauche dans la fosse sous-épineuse ; du côté droit respiration renforcée avec résonance de la voix et submatité dans la fosse sous-épineuse.

3 juin. — Souffle sous la clavicule. L'enfant est un peu sourd a déliré la nuit, est abattu. Thermomètre 40°. Résonance et souffle lointain au sommet droit.

5 juin. — Prostration. Taches rosées sur l'abdomen. Pouls mou, légèrement dicrote.

Toujours un peu de souffle et de matité dans la fosse sous-épineuse.

7 juin. — Même état, taches rosées, séro-diagnostic positif.

8 juin. — Prostration plus grande. Thermomètre 39°. Pouls à 100.

15 juin (18 jours). — Défervescence. Amélioration. La surdité a disparu. La langue est moins chargée.

Le pouls est très lent à 60.

Observation X

(Cas de HENOCHE, publié dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1885.)

Hedwig H..., 13 ans, admise le 11 novembre 1878 pour épilepsie qui donnait lieu à de violents accès, se renouvelant à peu près toutes les trois semaines, surtout la nuit. Le 4 février 1879, elle eut de la fièvre (39°9) et il se développa tumultueusement un iléo-typhus, dont la roséole apparut dès le troisième jour et se répandit abondamment sur presque tout le corps, avec délire, torpeur, forte diarrhée, etc. Pendant le cours de la maladie, qui dura seize jours, la température ne descendit presque jamais, même dans la matinée, au-dessous de 40°, le soir de 40°5 à 40°7. Du côté des organes respiratoires on constata d'abord un catarrhe diffus, plus tard une matité étendue à droite et en arrière du souffle bronchique. La gravité du cas, la profonde torpeur, le collapsus croissant, ont toutefois empêché de suivre exactement le processus pneumonique des derniers jours.

Mort le 20 dans le collapsus.

Autopsie. — Cerveau normal. Épicarde et plèvre parsemés de petites ecchymoses. Poumon gauche normal. Du poumon droit le sommet seul contient encore de l'air. Le restant du

lobe supérieur est hépatisé, ferme, rouge, gris, parsemé de parties hémorragiques. A ses limites inférieures se trouvent deux foyers cubiques de 2 centimètres d'épaisseur, rouge gris, entourés d'une ligne de démarcation nette, jaune gris. Le lobe inférieur est également d'un rouge brun foncé, entièrement hépatisé et ferme. A la partie inférieure seule du lobe moyen se remarquait encore une partie perméable à l'air. Tuméfaction de la rate, néphrite parenchymateuse. A 10 centimètres au-dessus de la valvule, deux plaques de Peyer médullaires avec ulcère central et escharre jaune fortement adhérente. Contre la valvule une série de tuméfactions confluentes infiltrées d'une manière diffuse avec ulcérations et escharres. Un ulcère isolé presque détergé au commencement du côlon. Ganglions mésentériques tuméfiés et médullaires. Ulcère à la base du cartilage aryténoïde pénétrant jusque dans le périchondre, épiglote ulcérée superficiellement à son bord. Muguet dans le pharynx et l'œsophage. Presque tous les ganglions lymphatiques sont tuméfiés et médullaires.

Observation XI (1)

(Cas de M. LÉPINE publié dans la *Revue de médecine*, 1878.)

F. B..., né à Lyon, âgé de 15 ans, apprenti imprimeur entre dans mon service de clinique le 4 juin 1878.

Cette enfant a une apparence chétive ; il est plutôt maigre

1. Cette observation, publiée par M. Lépine en 1878, a été considérée par l'auteur comme un cas typique de la pneumo-typhoïde : la pneumonie lobaire initiale et la détermination typhique sont précisément les deux caractères, qui constituent cette maladie. Pour expliquer la courte durée de la

que gras. Néanmoins sa santé était habituellement bonne. D'après les renseignements fournis par la mère, il est mal à l'aise depuis une semaine environ. Le soir en relevant de son travail, il mangeait sans appétit et se plaignait de céphalalgie ; son sommeil était agité. Depuis deux jours la lassitude générale a augmenté ainsi que la céphalalgie et il a des douleurs dans les membres et se plaint de vertiges. Il n'a pas eu d'épistaxis. Au moment de son admission on constate un état de subdélirium loquace, avec un peu d'agitation. T. R. 40°C, pouls 104, face rouge, yeux injectés, peau chaude et sèche céphalalgie frontale intense ; le malade ne peut sans être soutenu rester assis sur son lit ; à la percussion, on trouve de

maladie, il émet deux hypothèses : ou la dothiéntérie a précédé de quelques jours le début de la localisation pulmonaire, ou il faudrait supposer que, dans les cas où le poison typhique porte son action sur le poumon, la maladie est susceptible d'évoluer plus vite que si le processus se passe dans l'intestin, comme d'habitude.

Galissard de Marignac à propos de cette observation dit dans sa thèse inaugurale : « Ce n'est qu'avec une certaine hésitation que nous admettons l'existence de la dothiéntérie. Ne pourrait-on en faire un cas de pneumonie miasmatique ou à forme typhique. » Mais Galissard de Marignac ne fournit aucune explication pour justifier son opinion. Cependant nous trouvons dans cette observation un fait d'une importance capitale, qui de nos jours expliquerait très aisément le tableau clinique et qui n'a pas pu être apprécié suffisamment en 1878. Ce sont les injections hypodermiques de bromhydrate de quinine, qui occasionnèrent chez le petit malade un phlegmon de l'avant-bras droit et un abcès de la cuisse. Nous comprenons maintenant parfaitement bien qu'une complication pareille aurait pu donner lieu à une infection secondaire septique générale compliquant la maladie primitive.

la matité dans la fosse sus-épineuse droite, ainsi que dans l'aisselle du même côté : à l'auscultation, souffle tubaire aux deux temps avec quelques râles crépitants ; au même niveau, vibration thoracique exagérée et retentissement de la voix augmenté. Expectoration peu abondante, un peu visqueuse.

Le 5. — Les signes stéthoscopiques précédents ont beaucoup diminué ; la matité a disparu : à l'auscultation, on perçoit un peu de souffle expiratoire sous la clavicule et dans l'aisselle, râles vibrants, petite toux sèche ; même expectoration qu'hier. Mais l'état général s'est aggravé. T. R. 40°, 5 C, pouls petit, mais très fréquent, le délire est plus loquace que la veille ; sans y être sollicité le jeune malade donne sur sa maladie beaucoup de renseignements d'ailleurs tous inexacts. En même temps il gesticule et range sans cesse sa couverture. En parlant il plisse fortement le front ; les pupilles sont très étroites.

L'abdomen n'est ni ballonné, ni tendu ; il est douloureux à la pression, sans localisation précise ; pas de taches rosées ; dans la fosse iliaque droite, un peu de gargouillement, diarrhée jaune, dans l'urine un peu d'albumine.

Par suite d'un regrettable malentendu, on ne donne pas de bain à ce moment, comme il avait été prescrit ; à midi, la température atteint 41°, C. A 1 heure 1/4, lorsque je revois le malade, il délire bruyamment. Vu l'urgence, je le fais mettre immédiatement dans l'eau sans qu'on prenne, sa température qui certainement était fort élevée, à en juger par l'absence d'un abaissement notable consécutif. Elle n'est en effet pas tombée au-dessous de 38°.

6 juin. — A ce moment, l'enfant délire encore un peu ; mais il y a une heure il a causé sensément, bien que l'affai-

blissement intellectuel soit très notable ; il ne sait quel jour il est entré à l'hôpital. La langue, moins chargée qu'hier sur le dos, est rouge sur les bords, la face est pâle, cyanotique, pas de taches rosées, un peu de diarrhée. Ventre douloureux à la pression. Pouls petit, régulier, 96. Dans la fosse sus-épineuse droite, submatité légère ; souffle aux deux temps, non tubaire, sans râles crépitants. En avant, sous la clavicule, la matité est très prononcée ; le souffle est plus intense qu'en arrière et il y a de gros râles sous-crépita nts. Crachats visqueux non aérés. Les bruits du cœur étant normaux, T. 38°, 6.

Le 7 juin. — Ce matin à la visite l'enfant ne délire pas ; sous la clavicule droite, la tonacité est élevée, la matité est beaucoup moins marquée qu'hier ; il n'y a presque plus de souffle et pas de râles. Dans l'aisselle on entend un souffle tubaire aux deux temps. En arrière il y a de la matité et des râles crépitants. Dans le crachoir on trouve outre les crachats visqueux des jours précédents, un crachat pneumonique tout à fait caractéristique. Le pouls est moins régulier ; la température s'élève beaucoup moins rapidement qu'hier ; car on n'a pas été depuis 4 heures du matin dans la nécessité de donner le bain. On essaie aujourd'hui, d'ailleurs, les lavements froids avec les bains. La température de l'eau injectée dans le rectum est de 12°, C ; la quantité n'est pas exactement notée. De plus musc : 0 gr. 50 et quinine : 1 gramme T. 38°, 2 C.

Le 8 juin. — L'état local est exactement le même qu'hier matin. Toujours une petite toux avec expectoration pneumonique. Deux selles diarrhéiques hier. Le délire est à peine marquée ; le malade sait très bien qu'il est à l'hôpital ; mais il croit que c'est depuis trois semaines, il reconnaît parfaitement sa mère et cause avec elle. Le faciès exprime encore l'abattement.

Le pouls est à 88, régulier et de moyenne force. Injection de 1 gramme de bromhydrate de quinine.

Le 9 juin. — La température 39°. Le malade est un peu somnolent. La face est toujours pâle ; les pommettes rouges par moment, pupilles normales, sonorité normale en avant sous la clavicule et pas de souffle. Dans l'aisselle matité et souffle. Dans la fosse sus-épineuse droite, pas de matité, respiration un peu rude. Peau chaude, respiration 44, pouls 96. Langue toujours un peu sèche. A l'endroit des piqûres la peau est très pâle et paraît évidemment mortifiée (il y a eu un collapsus après un bain à 17°,5).

Le 10 juin. — La température 38°,6. Le malade paraît aller mieux. La physionomie est complètement modifiée. Le malade a cessé d'être somnolent ; la langue est bonne ; il a un peu d'appétit. Peau chaude, pouls 80. Dans l'aisselle droite il y a encore de la matité, du souffle et de gros râles crépitants ; le malade continue à tousser, mais il ne crache pas. Au niveau de la piqûre de l'avant-bras droit il y a une tuméfaction notable assez douloureuse.

Le 11 juin. — Les signes stéthoscopiques de la pneumonie du côté droit se sont beaucoup amendés. Il y a seulement un peu de matité et de la respiration soufflante. Le malade a mangé hier. Il continue à avoir la diarrhée, pouls 80, la température le matin est de 38°2.

Le 12 juin. — La température. Le souffle persiste dans l'aisselle droite et on y entend des râles sous-crépitaux ; sur l'eschare du bras on pratique un petit débridement. La cuisse commence à être douloureuse au niveau de l'eschare. État général excellent.

Le 13 juin. — La température est à 37°8. On entend encore

un peu de respiration soufflante dans l'aisselle. La douleur du bras a complètement cessé depuis l'incision de l'eschare. On fait un semblable débridement à la cuisse. Urine très pâle depuis deux jours et assez abondante.

Le 14 juin. — La température: 37°,8 le matin, 38°,4 le soir.

Le 15 juin. — La température: 37°,8 le matin, 38° le soir.

Le 16 juin. — La température: 38°,2 le matin, 38°,4 le soir.

Le 17 juin. — La température: 38° le matin, 38°,6 le soir.

Le 18 juin. — La température: 38°,4 le matin, 39°,6 le soir.

Le 19 juin. — La température: 38° le matin, 38°,2 le soir.

Le 20 juin. — La température: 37° le matin, 39° le soir.

Le 21 juin. — La température: 38° le matin, 38°,3 le soir. A l'auscultation du poudon on entend le murmure très pur au sommet droit.

Le 22 juin. — La température: 37°,8 le matin, 38°,3 le soir.

Le 23 juin. — La température: 37° le matin, 38° le soir.

Dès lors la température est normale.

Observation XII

(Cas de M. GUIGNON, publié dans la *Revue des maladies de l'enfance*, 1899, p. 289).

Pneumonie initiale. Mort par congestion pulmonaire et septicémie au quinzième jour.

Fille de 3 ans 1/2, entrée pour une vulvo-vaginite. Au troisième jour de sa présence à l'hôpital, est prise brusquement d'une fièvre violente (40°,6) avec diarrhée, langue sèche, anorexie. En même temps, râles sous-crépitaats aux deux bases, mais prédominant à gauche avec submatité de ce côté, l'en-

fant est vue à ce moment par M. Comby, qui reconnaît une pneumonie.

Les jours suivants, les signes pulmonaires s'accroissent ; on ne constate cependant que des râles fins.

Pendant les huit premiers jours, la température reste à 40° malgré les bains mal tolérés, puis les enveloppements froids. Au neuvième jour, elle tombe de plus d'un degré (38°,9) comme pour une défervescence régulière ; mais dès le lendemain, elle remonte à 39°,8 et c'est ce même jour qu'apparaît un souffle pneumonique à la base gauche.

Le douzième jour on entend aussi un souffle à droite ; mais la persistance de la diarrhée nous fait penser à une fièvre typhoïde, ce que confirme le séro-diagnostic.

Les jours suivants, les signes de pneumonie double s'accroissent, la fièvre typhoïde ne se manifeste que par l'abattement et la diarrhée, la température restant au-dessus de 39° ; le cœur présente des signes d'affaiblissement, l'enfant ne se réchauffe pas après les bains qu'on a recommencés, et elle succombe au dix-huitième jour, dans le collapsus, avec une température de 40°,4.

A l'autopsie, ulcération de l'intestin grêle, hépatisation des lobes inférieurs des poumons et bronchite purulente.

Les plèvres contiennent une centaine de grammes de liquide clair.

Observation XIII

(Cas de M. GUINON publié dans la *Revue des maladies de l'enfance*, 1899, page 291.)

Pneumonie, hémorrhagie intestinale mortelle au vingt-troisième jour. Perforation de la cornée. Mort.

Garçon de 8 ans 1/2, entré au huitième jour en pleine torpeur avec une forte congestion pulmonaire. La température monte tous les soirs au-dessus de 40°, malgré les bains et la quinine. Diarrhée abondante (5 et 6 selles).

Au dix-huitième jour ulcération puis perforation de la cornée, hernie de l'iris.

Au vingt-deuxième jour l'œil se vide. Le même jour, hémorragie intestinale qui se répète le lendemain et entraîne la mort.

Elle paraît avoir eu son siège à 2 mètres 1/2 au-dessus du cæcum. Il existait aussi une pneumonie gauche et des foyers hémorrhagiques dans le poumon droit.

Observation XIV

(Cas de MM. PATER ET HALBRON publié dans les
Archives générales de médecine, 1906, page 202.)

C... Auguste, 6 ans 1/2, entre le 7 octobre dans le service du Dr Guinon. Malade depuis quatre jours ; fièvre, diarrhée, céphalée, épistaxis, toux. A l'examen on trouve au sommet du poumon gauche les signes d'une pneumonie. La langue est sale, le ventre un peu ballonné, il y a de la constipation. Pouls 120 température 39°,9. Quatre jours plus tard, le 11 octobre, apparition des taches rosées, stomatite ulcéreuse des signes pulmonaires subsistent, mais il s'y ajoute des sibilances un peu partout. Le diagnostic de la typhoïde remplace celui de pneumonie primitivement fait. Évolution favorable, apyrexie le vingtième jour. Persistance de la stomatite, et au vingt-septième jour apparition à deux doigts de la main droite des panaris sous-cutanés, occupant l'extrémité de la phalange. Actuellement en convalescence.

Observation XV. Cas de M. LÉPINE, adressé à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 22 décembre 1882 (*Union médicale*, 1883, t. I, 375).

Fièvre typhoïde s'étant manifestée d'abord par une pneumonie gauche, puis par des symptômes dothiéntériques ; accidents nerveux ; bains froids ; résolution de la pneumonie ; aggravation des accidents nerveux, continuation des bains froids, amélioration, puis cachexie hydrémique, eschare, marasme, mort.

Autopsie : *Restitutio ad integrum* du poumon ; psorentérie.

D. F..., âgé de 15 ans, manœuvre maçon, entre le 3 novembre 1882 dans mon service. Cet enfant a quitté son pays (la Creuse) il y a huit mois ; depuis lors il est à Lyon et a été mal nourri. Il est un peu maigre et ne paraît pas avoir son âge. Le 30 octobre, étant en sueur, il a bu un verre d'eau froide. Le lendemain il n'a pu travailler : il avait des frissons, de la céphalalgie, de l'oppression et une petite toux ; de plus, il ressentait des douleurs dans la poitrine sans point de côté fixe ; pas de selles ; inappétence, fièvre.

A la visite, le 4 novembre, au matin, on constate l'état suivant : Décubitus dorsal ; adynamie ; pommette gauche rouge ; pupilles un peu larges ; langue rouge sur les bords. Peau chaude ; pouls 92, T. 40°, 4 C ; pas de ballonnement de l'abdomen ; pas de gargouillement, mais un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite ; dyspnée légère, toux peu fréquente, suivie d'une expectoration peu abondante, visqueuse, non colorée. A la percussion submatité bien nette dans la fosse sous-épineuse gauche, et en dehors de celle-ci ; à l'auscultation, on perçoit le murmure dans le poumon gauche, sauf dans la

fosse sous-épineuse, bien en dehors de la racine des bronches, où il est remplacé par un souffle tubaire intense; plus en dehors, nombreux râles crépitants. Dans la grande partie du poumon gauche, les vibrations thoraciques sont exagérées. Rien d'anormal dans le poumon droit.

L'urine un peu concentrée présente, si l'on verse de l'acide nitrique, un petit anneau d'acide urique, mais pas d'albumine (sulfate de quinine : 1 gr.; lavement, vésicatoire).

5 novembre. — Même adynamie, P. 72, T. 39°,4 le matin, 39°,9 le soir. Le souffle tubaire est moins intense qu'hier; même douleur dans la fosse iliaque droite; le malade a eu un peu de diarrhée; l'urine présente un mince anneau d'albumine après addition d'acide nitrique 6. T. 39°,8 le matin; 40°,5 le soir. Le souffle a encore diminué; une tache rosée sur l'abdomen, diarrhée.

7. — 40°,5 le matin. Plusieurs taches rosées. A cause de l'élévation progressive de la température, malgré l'emploi de la quinine et en raison de l'atténuation manifeste de la pneumonie, on administre un bain froid.

8. — La température a été légèrement abaissée; mais le souffle a repris son intensité primitive; pour cette raison on ne donne plus de bains. Mêmes symptômes abdominaux; l'albuminurie a augmenté.

9. — Même état; ventre ballonné. T. 40° le matin, 40°,2 le soir. Pouls 100 à 108 (Sulfate de quinine: 1 gr. 50, pas de bain).

10. — Amélioration de l'état du poumon et de l'état général; l'albuminurie est fort légère. T. 39°,7 le matin, 39°,8 le soir.

11. — T. 39°,5 matin, 40°,2 soir.

12. — T. 39°,8 le matin, 40°,5 le soir. Nouvelle aggravation

de la pneumonie; submatité en avant sous la clavicule gauche; en arrière, le souffle est très intense et s'accompagne de beaucoup de râles crépitants, un peu gros, à timbre métallique.

13. — T. 40°,8 le matin. Augmentation de l'albuminurie. Injection sous-cutanée d'ergotine. T. 40°,7 le soir; délire la nuit.

14. — T. 41° le matin, pouls petit mou, 136; le souffle tubaire a augmenté. En présence de cette hyperthermie croissante et de l'inefficacité de la quinine, que le malade rejette d'ailleurs en partie, on décide de recourir de nouveau aux bains froids suspendus depuis le 7, et on prescrit de prendre désormais la température au moins toutes les trois heures et de mettre le malade dans un bain froid (à 16° C) chaque fois qu'elle dépassera 39°. En conséquence le malade prend un bain à 10 heures, à 2 h. 1/2, à 8 heures et deux fois la nuit.

15. — L'état général est meilleur. Le pouls, un peu mou, est à 100. L'impulsion du cœur est d'ailleurs peu énergique; les bruits plus faibles. Le malade prend aujourd'hui cinq bains; les taches rosées sur l'abdomen sont très abondantes; météorisme abdominal, gargouillement dans la fosse iliaque droite.

16. — Amendement très marqué des symptômes thoraciques; plus de souffle; seulement des râles de retour; pouls large et mou; diarrhée abondante (s.n. de bismuth): aujourd'hui il prend 6 bains. Pendant le bain de 10 heures du soir, le malade a un accès (épileptiforme?): écume à la bouche, convulsion, puis raideur tétanique des membres; perte complète de la connaissance pendant plus de cinq minutes. Une heure après ce bain, la température était 37°7. A ce moment le malade délirait. Pendant le bain de 4 heures du matin, nou-

vel accès, mais moins violent : raideur des membres, yeux ouverts et fixes, écume à la bouche.

17. — Le matin pas de délire; quelques râles de retour. Pouls mou, 130; urine peu colorée, qu'on dit être assez abondante, renfermant par litre 11 gr. 5 d'urée, 2 grammes d'albumine et une assez forte proportion d'acide urique. Le malade prend aujourd'hui huit bains et n'a pas eu de crises.

18. — A eu du délire la nuit; pouls 160; bruits du cœur très sourds, sans souffle; pupilles peu contractiles; adynamie profonde; aujourd'hui six bains. On prescrit d'augmenter la quantité de lait, que le malade reçoit quotidiennement, à la dose d'un demi-litre.

19 et 20. — Six bains chaque jour; amélioration; pas de délire la nuit.

20 et 21. — Cinq bains chaque jour. Il n'y a plus de râles de retour dans la partie moyenne du poumon gauche, mais la respiration est soufflante aux deux bases, surtout à droite, et on y entend des râles sous-crépitants; les vibrations thoraciques y sont diminuées.

22 au 30. — De cinq à trois bains chaque jour; le malade a peu d'appétit; peau sèche; pouls toujours très fréquent; bruits du cœur très faibles; œdème des membres inférieurs.

1^{er} décembre. — Pouls 136; respiration légèrement soufflante aux deux bases; pas d'appétit; aujourd'hui pour la première fois, pas de bain, la température n'ayant pas atteint 39°.

2 et 3. — Même état: pouls 120; grande adynamie; depuis plusieurs jours il s'est formé des eschares au sacrum; urine qu'on dit être assez abondante, contient moins de 10 grammes d'urée par litre; les bruits du cœur sont très faibles; le malade ne délire pas, mais il paraît fort abruti. Le 4, il meurt après

une courte aggravation de l'adynamie. L'urine des derniers temps ne renferme que 6 grammes d'urée par litre.

Autopsie. — Les membres inférieurs sont très œdédiés. Les muscles sont en général d'une couleur normale, sauf les traits de l'abdomen, qui sont remarquablement pâles et paraissent beaucoup plus consistants. Le péritoine est sain : les ganglions mésentériques sont très notablement tum li s, de couleur violette et de consistance molle.

Les organes sont en général petits : la rate est molle, mais peu volumineuse : poids : 130 grammes.

La muqueuse intestinale ne présente que des altérations fort minimales :   quelques centimètres de la valvule, il y a une zone très congestionnée, et sur la partie inférieure de l'iléon on remarque une très notable augmentation de volume de follicules clos qui font un relief très sensible à la surface de la muqueuse, surtout près de la valvule, mais ces follicules ne sont pas ulcérés ; les plaques de Peyer ne sont pas augmentées de volume ; on les distingue très nettement ; elles présentent l'aspect de la barbe récemment faite ; mais elles ne font aucun relief à la surface de la muqueuse. Le gros intestin ne présente pas non plus d'ulcération. Les reins pèsent chacun 160 grammes. Par places, la substance corticale est p le. Sur des coupes fines, après durcissement dans l'alcool, on trouve une altération très prononcée de l'épithélium des tubes contournés et dans un grand nombre d'entre eux beaucoup de globules rouges (on n'a jamais remarqué pendant la vie qu'il y eut de l'hématurie).

Le cœur pèse 275 grammes ; le ventricule gauche est relativement volumineux, mais sans hypertrophie de ses parois. Le myocarde est un peu p le ; les valvules ne présentent rien d'anormal.

Le foie est, relativement aux autres organes, un peu volumineux : il pèse 1.720 grammes ; il n'est pas très gras ; pas de bile dans la vésicule. Les deux poumons présentent à leur bord postérieur, près de la base, quelques lobules atélectasiés et quelques lobules emphysémateux, surtout dans le poumon droit. On ne trouve pas trace de la pneumonie à la partie moyenne du poumon gauche et au sommet.

Le cerveau est pâle, sans hydrocéphalée ; la glande pinéale est grosse et dure ; pas plus que les poumons, les méninges, minutieusement examinées, ne renferment pas de granulations tuberculeuses.

Le sang est remarquablement aqueux.

Observation XVI

(Cas de GERHARDT rapporté dans *Berliner Klinisch Wochenschr.*, 1885, page 654.)

Un enfant âgé de 1 an et 1/2, dont le père est mort il y a quelques jours d'une fièvre typhoïde, est tombé malade brusquement. La maladie a commencé par un mal à la gorge suivi bientôt d'une violente dyspnée. A l'examen de la gorge on remarque quelques points blanchâtres sur l'amygdale droite. L'état général s'aggrave ; apparaissent l'enrouement et la diarrhée. Le cinquième jour on constate l'hépatisation de la base gauche ; le huitième jour le même état à la base droite. La température oscille irrégulièrement entre 39° et 40°,5. L'enfant succombe le onzième jour de la maladie avec les signes d'asphyxie.

A l'autopsie on trouve : pneumonie lobaire croupeuse des

deux bases ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés, médullaires ; l'appareil folliculaire est congestionné, et dans le voisinage de la valvule on rencontre quelques ulcérations typhiques.

Observation XVII

(Cas de GRIESINGER rapporté dans son *Traité des maladies infectieuses*, 1887, p. 346.)

Une fillette de 15 ans mourut au neuvième jour de la maladie : elle offrait une augmentation très considérable du volume de la rate (15 centimètres de longueur, 10 de largeur, 6 d'épaisseur), ce viscère était turgescent, mou et ramolli ; beaucoup de glandes mésentériques présentaient une tuméfaction récente et une couleur violet clair ; les glandes de Peyer étaient légèrement tuméfiées, d'un rouge foncé ou grisâtre, un peu réticulées ; sur une plaque il y avait une perte de substance de la grosseur d'une tête d'épingle, dans les deux poumons on trouva une hépatisation d'un rouge brun, un peu molle, occupant toute la partie inférieure de deux poumons et une partie du lobe supérieur gauche. L'aspect de la rate et des glandes mésentériques ne permit pas d'admettre qu'il ne s'agit que d'une pneumonie double ordinaire.

Nous n'avons pas l'intention de donner une description magistrale. C'est une tâche trop difficile et dépassant de beaucoup notre modeste ambition ; nous ne ferons qu'un résumé général.

En règle générale, au début la maladie se présentait comme une pneumonie lobaire franche avec symptômes

du côté des poumons suffisamment prononcés, comme peuvent l'être les signes pulmonaires au début d'une pneumonie chez les enfants. Les signes à la percussion sont toujours perceptibles, soit la matité, soit la submatité, soit seulement un simple changement de sonorité, ce qui est déjà très important chez les enfants. La respiration n'est pas toujours accélérée et gênée, mais la polypnée n'est pas rare ; il y a de la rudesse du murmure vésiculaire allant jusqu'au souffle et des râles. L'affection pulmonaire est localisée tantôt à la base, tantôt au sommet. L'état général est grave, le système nerveux central touché. L'enfant est abattu, apathique, semble ne pas s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, somnolent. Parfois la céphalée est forte ; l'enfant présente le signe de Kerning et la raideur de la nuque. Parfois, au contraire, l'enfant est excité, dort mal et a du délire.

Le pouls est mou, accéléré, parfois dicrote.

Les signes intestinaux peuvent faire défaut ou ne présentent rien de caractéristique pour attirer particulièrement l'attention du médecin ; d'ailleurs les symptômes pulmonaires sont tellement prédominants, que le diagnostic de la pneumonie ne peut pas être mis en doute. Notons en passant que M. Lépine de Lyon a voulu faire de la diarrhée un signe pathognomonique de la pneumotypoïde ; il prétendait qu'elle ne se rencontre jamais dans la pneumonie. Nous savons depuis qu'elle se montre très souvent au début de la pneumonie et qu'il y a des cas de pneumotypoïde où au contraire la constipation est opiniâtre (obs. I par exemple).

Pendant les premiers jours la pneumonie paraît évoluer normalement sans complication. Cependant dans les cas rares apparaissent quelques signes propres à la fièvre typhoïde, un peu de douleur à la fosse iliaque droite, un peu de gargouillement et quelques taches suspectes. Mais d'habitude il n'y a rien de bien net et on arrive au septième et huitième jour sans changer le diagnostic primitif. On prédit la défervescence et la fin de la maladie. En effet dans quelques cas la défervescence se produit et elle est classique : il y a dans quelques cas la chute critique de la température et des sueurs profuses (obs. I, VI), dans d'autres il n'y a qu'une ébauche de défervescence, un léger abaissement de la température comme si la défervescence voulait se faire. Les symptômes pulmonaires s'amendent et disparaissent vite et malgré tout le malade ne paraît être très soulagé ; la température remonte de nouveau, les taches rosées lenticulaires apparaissent et si le diagnostic n'était pas déjà rectifié auparavant grâce à un séro-diagnostic de Widal fait à tout hasard, à ce moment-là il n'a plus de doute, c'est d'une pneumo-typhoïde qu'il s'agit. Tout rentre en ordre, la fièvre typhoïde suit son cours normal et l'enfant finit par guérir. Pour les anciens auteurs cette bénignité de l'affection et sa terminaison heureuse étaient la règle.

Dans nos observations nous voyons la guérison survenir seulement dans 41,18 0 0 de tous les cas (7 fois) ; dans 10 autres cas la maladie a eu une issue fatale et la mort survint toujours par des complications pulmonaires.

La matité et le souffle tubaire, au lieu de disparaître

comme c'est la règle ordinairement, persistent, la pneumonie ne rentre pas franchement en résolution, l'enfant s'affaiblit, se cachectise et ne tarde pas à succomber. En un mot la pneumonie acquiert tous les caractères d'une pneumonie cachectique fréquente chez les vieillards et les sujets débiles. Dans ces cas la fièvre typhoïde est reléguée au second plan, reste même souvent méconnue et c'est seulement à l'autopsie que l'on trouve par hasard es lésions typhiques des plaques de Peyer aux différentes phases de leur évolution.

Dans les poumons on trouve de l'hépatisation et souvent par place des abcès solitaires ou multiples, qui peuvent s'ouvrir dans un sac pleural et donner naissance à une pleurésie purulente.

Comme nous voyons, le pronostic de la pneumotyphoïde chez les enfants est loin d'être toujours bénin et, s'il est permis de se baser sur nos observations, il est plutôt très sérieux. Une maladie qui donne 58, 82 0/0 de morts n'est nullement bénigne. En tout cas le pronostic doit être réservé car on ne sait jamais quelle évolution prendra la maladie. Si l'état actuel de la science médicale ne permet pas d'affirmer que dans la pneumotyphoïde nous sommes en présence de deux infections associées éberthienne et pneumococcique, nous avons toujours affaire dans cette affection, à côté de l'infection générale éberthienne, à une localisation nouvelle pulmonaire surajoutée.

Même dans les cas bénins, la convalescence paraît être plus longue, l'enfant ayant été fatigué par ces deux localisations, pulmonaire et intestinale. Nous voyons une

certainetendance à la suppuration, à l'otite moyenne, etc.; l'enfant s'anémie et s'en remet très lentement.

La pathogénie de la pneumotypoïde chez les enfants est la même que chez les adultes et nous n'y reviendrons pas.

En résumé, au début de la pneumotypoïde chez les enfants nous sommes tout à fait désarmés contre les erreurs possibles du diagnostic; nous dirons même que les erreurs sont fatalement inévitables. Peut-être un observateur attentif pourrait trouver dans des signes fugaces et propres à la dothiéntérie, qui se montre au début de cette affection, un indice heureux qui le mettra vite sur la voie exacte du diagnostic. En tous cas il faut toujours penser à la possibilité de l'existence d'une pneumotypoïde et savoir que cette maladie peut faire suite à une pneumonie la plus classique au début.

Pour en finir avec la pneumotypoïde chez les enfants nous ne ferons qu'effleurer un point, d'ailleurs très important et très controversé de son histoire, c'est-à-dire sa fréquence chez les enfants.

Nous avons vu au cours de notre exposé que cette question a été variablement interprétée par les pédiatres. Les uns, et c'est la majorité, considèrent cette maladie comme très rare, tellement rare qu'ils ne trouvent pas nécessaire d'en parler. M. Roger se trouvant en présence d'un cas de pneumotypoïde chez un enfant en était tellement frappé, qu'il se demandait s'il n'a pas commis une erreur de diagnostic. Cadet de Gassicourt n'en a observé que trois cas. D'autres n'en ont jamais rencontré un seul cas et pourtant parmi ces derniers se

trouvent des pédiatres très autorisés. Au contraire il en est d'autres, Parrot par exemple, qui considèrent la pneumotypoïde comme très commune au bas-âge.

Pour élucider en partie cette question, nous nous sommes adressé aux statistiques de la fièvre typhoïde chez les enfants publiées par divers auteurs. Nous avons tâché d'en relever tous les cas de pneumotypoïde et d'en prendre le pourcentage.

Nous donnons ci-contre un tableau où, en face de chaque auteur, se trouvent :

1° Le nombre des cas de fièvre typhoïde chez les enfants observés par lui ;

2° Le nombre de pneumotypoïdes ;

3° Le rapport du nombre de cas de pneumotypoïde au nombre total des cas de fièvre typhoïde (le pourcentage).

NOMS D'AUTEURS	Nombre de cas de fièvre typhoïde	Nombre de cas de pneumo- typhoïde	0 0
M. Roger (73)	29	1	3,45
Cadet de Gassicourt (1887)	276	3	1,08
Cadet de Gassicourt (1890)	85	0	—
Montcollin (74)	295	0	—
V. Stark (75)	100	0	—
Moussons (76)	50	0	—
Lovelt S. (77)	284	0	—
Variot et Dévé (78)	115	0	—
Méry (79)	35	0	—
Barbier (80)	35	0	—
Netter (81)	188	0	—
Weil et Lesieur (82)	280	0	—
M ^{me} Rivoire (83)	187	0	—
Thiébaux (84)	346	1	0,29
Wolberg (85)	227	3	1,27
Hadot (86)	107	0	—
Pater et Halbron (87)	63	1	1,57
Hadot, Ancel et Fruhinsholz (88)	59	0	—
A. Isaac (89)	90	0	—
Griffith et Osteimer (90)	387	0	—
Samuel Adams (91)	337	5	1,50
Gittings (92)	145	0	—
Prof. Vergely (de Bordeaux) (93)	350	0	—
Allaria (94)	147	0	—
Stowell (95)	61	0	—
Blackader (96)	100	0	—
Méry et Katz (97)	67	0	—
Barbier et Herrenschmidt (98)	47	0	—
Guinon (99)	23	1	4,35
Delozière (100)	48	2	4,17
Chauveau (101)	275	3	1,10
Statistique du service du prof. Hutinel	23	1	4,35
Roemheld (102)	117	0	—
Total.	5.058	21	0,41

Nous voyons que le nombre de cas de pneumotyphoïde est très petit. Sur 5.058 cas de fièvre typhoïde observés chez les enfants, on rencontre 21 cas de pneumotyphoïde ce qui donne comme pourcentage 0,41 0/0.

Nous faisons quelques réserves en donnant ces chiffres. Nous n'avons considéré comme des pneumotyphoïdes que ces cas où nous étions certains qu'il s'agissait de fièvres typhoïdes débutant par une pneumonie lobaire. Les auteurs les confondent souvent avec les complications pulmonaires en général et ne sont pas toujours exacts sur ce point.

Si nos chiffres plaident en faveur de l'opinion que la pneumotyphoïde est une affection rare, il est non moins vrai que certains auteurs en ont rencontré souvent et en quantité relativement élevée. Rappelons-nous certaines épidémies de pneumotyphus, dont parlent plusieurs auteurs (Gerhardt, Hirsch, etc.). Griesinger supposait que dans certaines épidémies de fièvre typhoïde, le pneumotyphus puisse se rencontrer assez souvent. Nous partageons l'opinion de Griesinger et admettons que la fréquence de pneumotyphoïdes dans ce cas puisse s'accroître considérablement. Il y a un fait curieux rapporté par M. Legendre qui en partie justifie notre supposition.

M. Legendre (103) raconte avoir observé en 1885-1886 dans la commune de Saint-Prix (Saône-et-Loire) une épidémie de fièvre typhoïde dans le cours de laquelle il a constaté un certain nombre de pneumonies qu'il n'hésite pas à faire rentrer dans la catégorie de pneumonie typhique. Parmi ses malades, il se trouvait un enfant, une fillette, dont l'histoire est la suivante :

Elle était avec ses parents dans une commune voisine de celle où ils travaillaient à la moisson. L'année était mauvaise, la misère régnait parmi la population et les enfants étaient mal nourris, mal logés et dans des

conditions déplorables d'hygiène. Deux des enfants, la fillette Francise M... et le garçon M..., durent coucher dans des caves humides en attendant leur retour au pays. Mais en rentrant ils durent être envoyés en chemin de fer, ne pouvant revenir à pied avec leurs compagnons. A peine rentrés chez eux, ils se mirent au lit atteints de fièvre typhoïde. L'auteur a eu à soigner la fillette, le garçon était soigné par un autre médecin. La durée de la maladie fut de deux mois pour la jeune fille et de trois mois pour le garçon.

Pendant la maladie de ces enfants on a eu à lutter, surtout les premiers jours, contre les accidents inflammatoires du côté des poumons. La fièvre typhoïde se dessina nettement après avec tous les signes classiques habituels (taches rosées lenticulaires, ballonnement du ventre, etc.). Ces deux cas ainsi apportés dehors ont donné lieu à un commencement d'une épidémie de dothiéntérie très grave dans la commune sus-mentionnée et dans cette épidémie la pneumonie fut le phénomène prédominant. Les accidents typhiques n'apparaissaient qu'alors que la pneumonie était en voie de décroissance : une pneumonie spéciale insolite, presque toujours à gauche et à laquelle succombaient presque sans exception tous ceux qui en ont été atteints. Parfois plusieurs membres de la même famille en ont été atteints dans la même maison.

Dans nos observations, nous voyons aussi deux frères succomber de la pneumotyphoïde ayant été malades en même temps, l'un après l'autre. Les médecins militaires (Busquet)(104) ont aussi observé des épidémies de pneu-

motyphoïde, qui éclataient dans les agglomérations des troupes.

En résumé, nous pouvons conclure, avec une certaine probabilité, que la pneumotyphoïde, rare en temps ordinaire, peut éclater dans certaines épidémies de fièvre typhoïde et sévir avec une gravité variable selon chaque épidémie.

CONCLUSIONS

I. — La pneumonie lobaire peut compliquer la fièvre typhoïde à tous les moments de sa durée: au début, à la période d'état et de déclin et à la convalescence.

II. — La pneumotyphoïde, c'est-à-dire la fièvre typhoïde débutant par une pneumonie lobaire n'est qu'une variété de ces complications ; elle se montre toujours sous une forme clinique bien définie avec une symptomatologie constante et propre à elle et, à ce titre, doit être considéré comme une affection spéciale indépendante.

III. — La pneumotyphoïde survenant chez les enfants rend le diagnostic particulièrement épineux : les symptômes pulmonaires de la pneumonie lobaire sont au début de la maladie très prononcés et dominant tout le tableau clinique ; la fièvre typhoïde est le plus souvent au début méconnue.

IV. — La pathogénie de cette maladie est encore discutable : pour certains auteurs le bacille d'Éberth est pour lui seul capable de produire l'hépatisation lobaire ;

la pneumonie est ainsi la première manifestation de l'infection éberthienne. Pour d'autres cette pneumonie est une lésion pneumococcique, le bacille d'Éberth ne prenant part à son développement qu'au titre d'associé.

V. — La pneumotyphoïde se rencontre très rarement chez les enfants ; toutefois dans certaines épidémies de fièvre typhoïde sa fréquence peut s'accroître considérablement.

VI. — Le pronostic de la pneumotyphoïde chez les enfants, contrairement à l'opinion des anciens auteurs qui la considéraient comme une affection par excellence bénigne, doit être réservé : suivant nos recherches les enfants en succombent dans une proportion de 58,82 0/0.

VII.—La convalescence de la pneumotyphoïde paraît être plus longue que celle de la fièvre typhoïde ordinaire, l'enfant ayant été affaibli par les deux localisations simultanées de la maladie : pulmonaire et intestinale.

VIII.—Vu la rareté de cette affection chez les enfants il serait désirable que tous les cas de pneumotyphoïde observés chez les enfants soient publiés ; il y aurait lieu, à cet égard, de faire appel aux observateurs.

Vu : le Président de la thèse
HÜTINEL

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. CHOMEL. — Clinique médicale, p. 423.
2. GRISOLLE. — Traité de pathologie interne, 1869, 9^e éd.
— Traité de la pneumonie, 1862, 2^e éd.
3. GIBBES. — Of the typhoid pneumonia. *American Journal*, 1842.
4. HIRSCH. — Prager Vierteljahrschr. 1853, IV, p. 101 et
Handb. d. hist. geogr. path., 1881-1883.
5. ROKITANSKY. — Handb. d. path. anatomie, 1842, III,
p. 104.
— Lehrbuch d. anat. path. 18 bis, III, p. 222.
6. DIETL. — Zur Diagnose and Therapie des Typhus. *Wien med. Wochenschrift*, 1855.
7. TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 238.
8. KREMER. — Voir G. Sée. *Union médicale*, 1882.
9. GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, 1877,
2^e éd. fr.
10. GERHARDT. — Thür. Corr. Blatt, 1875, IV, n^o 4, voir
Longuet. *Union médicale*, 1884. T. 37, p. 769.
11. POTAIN. — Voir N. Diction. de médec. et de thér. prat.
Art. *Fièvre typhoïde*, 1884, XXXVI, p. 694.
12. GUILLERMET. — Étude sur les complications pulmonaires
de la fièvre typhoïde, etc. *Thèse de Paris*, 1878.
13. CASTEX. — *Thèse de Paris*, 1879. Contribution à l'étude
des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde.

14. LIEBERMEISTER. — Voir Galissard de Marignac, thèse de Paris, 1881. De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.
15. AUFRECHT. — Voir A. Hoff-Ueber Pneumotyphus Wien. *Klinisch Rundschau*, 1901, n° 26 et 27 et Nothnagel's sp. path. et theurap. Bd. XIV.
16. R. LÉPINE. — De la pneumotyphoïde. *Rev. de méd.*, 1878.
— *Union médicale*, 1883, I, p. 377.
— *Lyon médical*, 1882, III, p. 633.
17. GALISSARD DE MARIGNAC. — *L. c.*
18. CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 2^e édit., 1887.
19. LANNOIS. — *Lyon médical*, 1882, III, p. 596.
20. DREYFUS-BRISAC. — *Gaz hebdom.*, 1881, p. 538. De la pneumonie lobaire dans la fièvre typhoïde.
21. HOMOLLE. — V. Diction. de méd. et de thér. pratique. Art. *Fièvre typhoïde*, 1884, XXXVI.
— *Revue des sciences médicales de Hayem*, 1877, X, p. 314 et 681.
22. GIRARD. — *Thèse de Paris*, 1882.
23. WAGNER. — Der Sogenannte Pneumotyphus. *D. Arch. f. Klinisch. medicin.*, XXXV, 1884.
24. EGGERT. — Klinische Beiträge zur Kenntnis der Pneumotyphus. *Diss. Erlangen*, 1888.
25. DAMASCHINO. — Des formes typhiques et infectieuses de la pneumonie. *La France médicale*, 1888.
26. HOFFMANN. — Voir Longuet, *l. c.* (*Union méd.*, 1884).
27. KORANYI. — Eulenb. Real. Encyclop., VIII, 1881.
28. LONGUET. — *L. c.*
29. BOUTFEN. — Pneumotyphoïde. *Arch. médic. belges*. T. 36, 1889.
30. VOGEL. — Ueber Pneumotyphus. *Diss. Berlin*, 1890.
31. LEHMANN. — Ueber Pneumotyphus. *Inaug. Diss. Jena*, 1902.
32. RITTER. — *Deutsch. Arch. für Klinisch med.* Bd. XXV, 1880.
33. DREFFUS-BRISAC. — *L. c.*

34. GERHARDT. — Ueber Pneumotyhoïd. *Berl. Klinisch. Woch*, 1885, n° 41.
35. POLGUIÈRE. — Des infections secondaires, etc. *Thèse de Paris*, 1887.
36. CHANTEMESSE ET WIDAL. — Voir *Traité de Médecine de Brissaud-Bouchard*. T. II, p. 131.
37. FOA ET BORDONI UFFENDUZZI. — *Riforma medica*, 1887.
38. ARISTOUMOFF. — Zur Frage ueber die Entstehung der typhösen Pneumonie. *Centralbl. f. Bacter.*, Bd. VI, n° 4. Voir *Wratsch*, 1888.
39. BAUMGARTNER. — Voir Valentini. Beitrag. zur pathogenese der typhus bacillus. *Berl. Klin. Woch.*, 1889.
40. KARLINSKY. — *Forschr. d. med.*, 1889.
41. SVEHLA. — Contribution à la pathologie de la fièvre, typhoïde et caractéristique du bacille d'Eberth. *Revue des mal. de l'enfance*, 1896, p. 225.
42. CURSCHMANN. — Nothnag. Special. Path. et Ther., 1898, Unterleibtyphus, p. 232.
43. RIBADEAU-DUMAS et BLANC. — Fièvre typhoïde et pneumonie. *Société de Pédiatrie de Paris*, 1907, p. 289.
44. BENSIS D'ATHÈNES. — Rapport sur un cas de pneumotyphoïde. *Société médicale des hôpitaux*, 1906, mai.
45. THIÉBAUX. — Étude sur 346 cas de fièvre typhoïde infantile *Thèse de Nancy*, 1904.
46. HADOT. — Cent cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, *Revue méd. de l'Est*, 1896, p. 468.
47. CHANTEMESSE. — Fièvre typhoïde. *Traité de médecine Brissaud-Bouchard*, t. II, p. 131.
48. NETTER. — Maladies aiguës du poumon. *Traité de médecine Brissaud-Bouchard*, VI, p. 524.
49. BRUHL. — Pneumotyphus. Bacille d'Eberth dans le poumon. *Gazette hebdomad.*, 1897, p. 99.
50. CASTAIGNE. — Sur un cas de pneumotyphoïde avec séro-réaction retardée, diagnostiquée par ponction exploratrice du poumon et de la rate. *Gazette hebdomad.*, 1897.
- 50^a. VALENTIN. — *L. c.*

51. GLÆSER. — Voir *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1904, p. 41.
52. LÉVY. — Voir *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1904, p. 41.
- 52^a. RAU. — Ueber das Auftreten von typhusbacillen im sputum, etc. *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1904.
53. BUSQUET. — Contribution à l'étude de la pneumotypoïde. *Revue de Médecine*, XXII, 1902, p. 167.
- 53^a. FRAENKEL. — Zur Lehre von den Affectionen des Respirationsapparaten beim Ileo-Typhus. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1899, n^{os} 15-16.
- 55^a. DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, 1908.
54. ACHARD. — Société médicale des Hôpitaux, 1906.
55. PARROT. — La fièvre typhoïde chez les enfants. *Progr. méd.*, 1883, n^{os} 24, 26, 27, 29.
56. CHAUVEAU. — De la balnéation froide dans la fièvre typhoïde des enfants. *Thèse de Paris*, 1900.
57. CADET DE GASSICOURT. — Quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde. *Revue des maladies de l'enfance*, 1890, p. 201.
58. FRIEDRICH. — Der Abdominaltyphus der Kinder Dresden, 1856.
59. ROGER (H.). — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. T. I et II, 1872-1883.
66. ARCHAMBAULT. — De la fièvre typhoïde chez les enfants. *Gazette médicale de Paris*, 1880.
61. SIMON (G.). — De la fièvre typhoïde chez les enfants. *Progrès médical*, 1881.
62. HENOCH. — Vorlesungen ueber Kinderkrankheiten, 1889.
63. HOMOLLE. — *L. c.*
63. GALISSARD DE MARIGNAC. — *L. c.*
- 64^a. WOLBERG. — Jahrbuch f. Kinderheilk., XXVII, p. 28.
65. DECROIZILLES. — Pathologie interne, 1891.
- 65^a. D'ESPINE ET PICOT. — Traité pratique des maladies de l'enfance, 1899.
66. BARTHEZ ET SANNÉ — Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance, 3^e édit., Paris, 1891.
67. MARFAN. — Voir Tollemer. *Société de Pédiatrie*, 1901.

68. MÉRY. — Traité des maladies de l'enfance. Grancher-Comby. Art. : *Fièvre typhoïde*.
69. COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, 5^e édit., 1906.
70. NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile, 1907, p. 684.
71. THIÉBAUX. — *L. c.*
72. PATER ET HALBRON. — *Arch. génér. de méd.*, 1906, p. 193.
- 71^a. SIMON (G.). — *L. c.*
- 72^a. OLLIVIER. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1889.
73. ROGER. — *L. c.*
74. MONTCOLLIN. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1886. Thèse de Bâle.
75. STARK (V.) — *Berlin. klinisch. Wochenschrift.*, 1885, n^o 39.
76. MOUSSOUS. — *Arch. cliniques de Bordeaux*, 1892, t. I, n^o 4, page 145.
77. LOVETT-MARSH. — *Boston. Med. and Surgic. Journ.*, 1896.
78. VARIOT ET DEVÉ. — *Société de Pédiatrie*, 1899.
79. MÉRY. — *Ibid.*
80. BARBIER. — *Ibid.*
81. NETTER. — *Société de Pédiatrie*, 1900 (Séance du 9 janv.).
82. WEIL ET LESIEUR. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1900, p. 104.
83. RIVOIRE (M^{me}). — *Thèse de Montpellier*, 1898.
84. THIÉBAUX. — *L. c.*
85. WOLBERG. — *L. c.*
86. HADOT. — *L. c.*
87. PATER ET HALBRON. — *L. c.*
88. HADOT, ANGEL ET FRUHISHOLZ. — *Revue médicale de l'Est*, 1897.
89. ISAAC (A.). — *The medical News*, n^o 1555 (1901).
90. GRIFFITH ET OSTHEIMER. — *The american Journ. of the med. science*, 1901.
91. SAMUEL ADAMS. — *Arch. of Pediatrics*, 1904.
92. GITTINGS. — *Arch. of Pediatrics*, 1906.
93. VERGELY. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1887-1888.

94. ALLARIA — *Progresso medico*, 1905.
95. STOWELL. — *Arch. of Pediatrics*, 1901.
96. BLACKADER. — *The therapeutic Gazette*, vol. XXVI,
n° 10.
97. MÉRY ET KATZ. — *Société de Pédiatrie*, 1900.
98. BARBIER ET HERRENSCHMIDT. — *Société de Pédiatrie*, 1899.
99. GUINON. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1889, p. 289.
100. DELOZIÈRE. — *Thèse de Paris*, 1906.
101. CHAUVEAU. — *L. c.*
102. ROEMHELD. — *Jahrbuch f. Kinderkrankh.*, 1898.
103. LEGENDRE. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1887-
1888.
104. BUSQUET. — *L. c.*

